



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN SEXUAL

**Niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de
estudiantes de la Universidad de Cuenca**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:
Magister en Educación Sexual**

**Autor: Psic. Pamela Michelle Priori Beltrán
CI: 010464719-3**

**Director: Mgst. Silvia Lucia López Alvarado
CI: 010390158-3**

Grado académico: Cuarto nivel

**Cuenca – Ecuador
2018**

Resumen

El siguiente estudio se realizó con el objetivo de determinar los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de estudiantes de la Universidad de Cuenca. Se realizó un estudio cuantitativo donde participaron 400 estudiantes (222 mujeres y 178 hombres) de pregrado de la Universidad de Cuenca que estaban en el rango de edad de 18 a 25 años. El instrumento aplicado fue la escala CUSES, para medir la autoeficacia en el uso del condón. Este instrumento tiene 24 ítems, con tres dimensiones que miden: a) la colocación del condón; b) el uso del condón con la aprobación de la pareja; y c) la habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS utilizando pruebas de validez, análisis factorial, estadística descriptiva e inferencial. Los resultados develaron que no existe diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, en el análisis descriptivo de la dimensión (colocación del condón) se encontraron ciertas diferencias, por ejemplo: el 27.5% de las mujeres no tiene habilidad para usar el preservativo correctamente ni para comprarlos sin sentir vergüenza. Por su parte el 1.7% de los hombres no tiene habilidad para usarlo y el 2.2% tiene vergüenza de comprarlos, diferencias que se dan porque vivimos dentro de una sociedad donde prima el patriarcado y generalmente la negociación en el terreno sexual depende de los hombres.

Palabras clave: autoeficacia; preservativo; habilidad; negociación; asertividad.

Abstract

The current study was conducted with the objective to determine the self-efficacy levels and its relation with condom use of students of the University of Cuenca. A quantitative study was carried out where 400 undergraduate students (222 women and 178 men) of the University of Cuenca participated, with a range age of 18 to 25 years old. The instrument applied was the CUSES scale to measure the self-efficacy in condom use. This instrument consists in 24 items using three dimensions that measure: a) the placement of the condom; b) condom use with the couple approval, and c) the ability to persuade the couple on condom use. The data was analyzed in the statistical program SPSS using validity tests, factor analysis, descriptive and inferential statistics. The results showed that there are no significant differences between men and women, however, in the descriptive analysis of the dimensión (the placement of the condom) certain differences were found, for example: 27.5% of women do not have the ability to use condoms correctly or buy them without feeling ashamed. For his part 1.7% of men do not have ability to use it, and 2.2% feeling ashamed to buy them, differences that occur because we live in a society where patriarchy prevails and the negotiation in the sexual field usually depends on men.

Keywords: self-efficacy; condom; ability; negotiation; assertiveness.

Índice de Contenidos

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Índice de Contenidos.....	4
Índice de Anexos.....	6
Cláusula de propiedad intelectual.....	7
Cláusula de licencia.....	8
 Introducción.....	 9
 Capítulo I: Autoeficacia y preservativo.....	 13
1.1 Introducción.....	13
1.2 Teoría Social Cognitiva: autoeficacia.....	13
1.3 Preservativo: conceptos básicos y autoeficacia.....	18
1.4 Escala para medir la autoeficacia en el uso del condón en el uso del condón de Brafford y Beck (1991).....	22
 Capítulo II: Conductas de riesgo y enfoque de género.....	 24
2.1 Introducción.....	24
2.2 Conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes.....	24
2.3 Uso del preservativo entre los jóvenes.....	27
2.4 Sexualidad y enfoque de género.....	30
 Capítulo III: Metodología.....	 34
3.1 Enfoque y tipo de estudio	34
3.2 Universo.....	34
3.3 Muestra.....	34
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	34
3.5 Técnica.....	35
3.6 Instrumentos.....	35
3.7 Tipos de análisis de la información empleados.....	36

3.8 Aspectos éticos.....	37
Capítulo IV: Resultados.....	39
4.1 Introducción.....	39
4.2 Resultados de la prueba piloto.....	39
4.2.1 Fiabilidad de la escala para medir la autoeficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991).....	39
4.3 Análisis factorial de los resultados obtenidos.....	40
4.4 Análisis descriptivo y comparativo entre hombres y mujeres de los resultados obtenidos.....	42
4.5 Análisis comparativo entre áreas de estudio de los resultados obtenidos.....	52
4.6 Análisis comparativo entre estados civiles de los resultados obtenidos.....	57
4.7 Análisis comparativo entre sujetos que tienen pareja y los que no de los resultados obtenidos.....	62
Discusión.....	64
Limitaciones del estudio.....	67
Conclusiones	68
Recomendaciones.....	70
Referencias consultadas.....	71

Índice de anexos

Anexo 1:

Diseño de tesis.....	75
----------------------	----

Anexo 2:

Instrumento de investigación.....	90
-----------------------------------	----

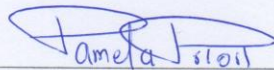
Anexo 3:

Formulario de consentimiento informado.....	92
---	----

Cláusula de propiedad intelectual

Pamela Michelle Priori Beltrán, autora del trabajo de titulación “Niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de estudiantes de la Universidad de Cuenca” para la obtención del título de Magister en Educación Sexual, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de mayo del 2018



Pamela Michelle Priori Beltrán

C.I: 010464719-3

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pamela Michelle Priori Beltrán en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de estudiantes de la Universidad de Cuenca” para la obtención del título de Magister en Educación Sexual, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de mayo del 2018



Pamela Michelle Priori Beltrán
C.I: 010464719-3

Introducción

De acuerdo a García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia (2006) la autoeficacia relacionada al uso del preservativo ha demostrado su importancia para la sexualidad humana debido a los efectos directos en la salud sexual y reproductiva. Las infecciones de transmisión sexual, y de manera especial, el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes constituyen un serio problema de salud, y el riesgo de padecerlas está relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, por ejemplo, el cómo utilizan el preservativo. De hecho, se encontraron cifras alarmantes en las que el 30% de las personas nunca ha usado preservativo frente a un 49% que lo ha usado ocasionalmente. Las principales causas argumentadas para no usarlo, fueron expresar que resultaba incómodo y que no le gustaba a su pareja (García et al., 2014).

Por su parte Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) coinciden en que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen importantes problemas sanitarios y sociales, ya que del total de infecciones por el VIH que se produjeron en el año 2012, el 39% correspondía a jóvenes entre 15 y 24 años. Del total de los nuevos casos diagnosticados de VIH realizados en España durante el año 2012, el 44% se presentó en jóvenes entre 15 y 34 años. Con respecto a las ITS, en Europa, la mayoría de los jóvenes sexualmente activos se encuentran en riesgo de infección por clamidia, y las mujeres menores de 24 años son las que registran el mayor número de infecciones (Teva et al., 2014).

En lo que respecta a adolescentes y adultos jóvenes, un estudio realizado por Camacho y Pabón (2014) encontró que estos grupos etarios se encuentran especialmente en riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual, exponiéndose a múltiples parejas sexuales y coito sin protección. Este hecho también explica la prevalencia de embarazos no deseados, con sus serias consecuencias sociales de deserción escolar, abortos, madres solteras y prostitución. Esta problemática se vincula a su tendencia a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales destacan el comienzo precoz actividad sexual, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas, el poco conocimiento de su sexualidad, la escasa información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, la inconsistencia en el uso del condón debido a sus bajos niveles de autoeficacia y el desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual y su prevención.

El referido estudio demostró desigualdades de género en el uso del preservativo. Mientras un aproximado del 70% de hombres jóvenes con múltiples parejas sexuales usan preservativo en los últimos 12 meses, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años el resultado fue del 43%, y del 30% en mujeres de 20 a 24 años (Camacho y Pabón, 2014).

En países como Colombia, el preservativo es el método más conocido pero solamente el 7% de las mujeres lo usa, el 7,7% se embarazó mientras lo usaba, el 10% deseaba quedar embarazada, el 25,5% tenía relaciones sexuales poco frecuentes, el 21,7% deseaba cambiarse a un método más efectivo, 6% consideraba que era incómodo de usar, el 1,8% porque era muy costoso, entre otras (Camacho y Pabón, 2014).

Como consecuencia de la problemática alrededor del uso del preservativo, en la última década se ha producido un incremento de estudios sobre los factores de riesgo para el contagio de VIH en la población adolescente. Dichos resultados indican por ejemplo, que el 17% de las infecciones se dan en el segundo decenio de la vida (entre los 10 y los 19 años), y otras evidencias indican que el 50% de los nuevos casos de infecciones se producen en jóvenes menores de 25 años y el 25% en menores de 22 (Bermúdez, Herencia y Uribe, 2009).

Por otra parte, distintos autores llevaron a cabo estudios en los que evaluaron, a través de la observación directa, la habilidad conductual para colocar y retirar un condón masculino utilizando un pene de enseñanza y encontraron que quienes reportan usarlo consistentemente, cometen errores que pueden poner en riesgo su salud sexual. Esto sugiere que quienes reportan usar el condón igualmente podrían tener una relación sexual no protegida al no tener la habilidad para usarlo correctamente. Esto es, las personas que dicen usar el condón, al ser evaluados, no lo usaron correctamente, lo que documenta una discrepancia entre el “decir” y el “hacer” en lo que respecta al uso del preservativo (Robles et al., 2006).

Los estudios llevados a cabo en temáticas relacionadas al uso del preservativo, proponen algunas opciones para futuras investigaciones e intervenciones. Por ejemplo, Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal (2012) indican que las mujeres y los hombres tienen roles social y culturalmente contruidos, los cuales influyen en su comportamiento sexual, por lo que sugieren que se deben desarrollar programas de promoción en sexualidad sana o conducta sexual segura enfocados en promocionar el uso correcto del preservativo con estrategias diferentes para hombres y para mujeres.

Caballero, Camargo y Castro (2011) refieren que el uso adecuado del preservativo constituye un medio eficaz demostrado para prevenir la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como

para evitar el embarazo; sin embargo se ha detectado que existe falta de conocimientos e información adecuada en los adolescentes sobre los efectos protectores de los preservativos, así como su uso correcto.

Por otra parte, la autoeficacia parece estar también influenciada por la capacidad de los miembros de la pareja para su negociación. El término “negociar” se refiere a la capacidad para identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo, y llegar a un acuerdo. La negociación en el terreno de las relaciones afectivas requiere que ambos miembros de una pareja se perciban a sí mismos en igualdad de derechos. Sin embargo, esta es una cuestión que se torna difícil por las relaciones de poder que ocurren en el contexto de ciertas culturas, sobre todo aquellas caracterizadas por una doble moral que establece diferentes derechos y libertades para hombres y mujeres (Robles et al., 2006).

El objeto de estudio de esta propuesta de investigación son los jóvenes de la Universidad de Cuenca, debido a que según datos del Departamento de Bienestar Estudiantil, existen muchos estudiantes dentro de la Universidad que han sido padres y madres a edades muy tempranas, situación que dificulta el desempeño como estudiantes y predispone al abandono de sus estudios, también se debe considerar que las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes y jóvenes constituyen un serio problema de salud, lo que está relacionado con su comportamiento sexual, por lo que es importante conocer sus niveles de autoeficacia en relación al uso del preservativo.

Debido a los antecedentes mencionados la autoeficacia tiene un papel importante para el uso del preservativo, por tal motivo se considera pertinente realizar esta investigación, para de esta forma, contribuir a la construcción de una línea base que aporte a los diferentes planes de acción que se realicen con los estudiantes. La investigación tiene el propósito de medir los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de los estudiantes de la Universidad de Cuenca, con la cual se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de autoeficacia que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca y cómo se relaciona esto con el uso de preservativo? Además sobre la base de estudios previos que demuestran que el uso del preservativo parece estar influenciado por las relaciones de poder que ocurren en el contexto de ciertas culturas, esta propuesta de investigación parte de la siguiente hipótesis: debido a que Cuenca es una ciudad conservadora y se encuentra marcada por el ejercicio de roles de género distintos, los mismos que impactan en el comportamiento sexual, los hombres que estudian en la Universidad de Cuenca presentan mayor autoeficacia relacionada al uso del preservativo que las mujeres.

El objetivo general: determinar los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca.

Objetivos específicos: establecer la habilidad que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca para hacer uso del preservativo, identificar la capacidad para negociar el uso de preservativo con la pareja y comparar el nivel de autoeficacia relacionado al uso de preservativo entre hombres y mujeres.

Para la investigación se utilizó la “Escala para la Autoeficacia del uso del condón”, CUSES (por sus siglas en inglés), misma que fue adaptada y validada para medir la autoeficacia en el uso del condón por Brafford y Beck (1991), la escala mide las siguientes variables: a) la colocación del condón; b) el uso del condón con la aprobación de la pareja; y c) la habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. La escala fue autoaplicada previo consentimiento informado a 400 estudiantes (222 mujeres y 178 hombres) y se aplicó en todas las facultades de la Universidad de Cuenca entre los meses de mayo y junio del 2016.

En el primer capítulo se mencionan conceptos básicos sobre la autoeficacia, el preservativo y aspectos relevantes de la escala para medir la autoeficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991). En el segundo capítulo se abordan las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes, el uso del preservativo entre los jóvenes, sexualidad y enfoque de género. En el tercer capítulo se indica la metodología utilizada en el estudio. En el cuarto capítulo se presentan los resultados del análisis estadístico de la investigación realizada para el cual se utilizaron las pruebas de KMO y Bartlett; prueba KS y la prueba paramétrica T de Student, y finalmente se realiza la discusión, limitaciones del estudio y las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

Autoeficacia y preservativo

1.1. Introducción

El constructo de la autoeficacia ha desempeñado un papel importante en los estudios previos que apuntan a explicar fenómenos tales como la motivación humana, el aprendizaje, la autorregulación y las consecuciones concretas de los individuos. De hecho un repaso al ámbito de la motivación en la actualidad revela que casi la totalidad de constructos y teorías que se enmarcan en este campo de estudio parecen tener un foco de interés común, ya que se da por hecho que las creencias que tienen las personas sobre sus capacidades representan un componente fundamental del esfuerzo humano (Prieto, 2007).

A través de esta teoría se explicará este capítulo en donde se abordará la Teoría Social Cognitiva citando a su representante principal Albert Bandura, haciendo hincapié en el concepto de autoeficacia, el origen de su definición, sus fundamentos y su relación con el uso del preservativo. Se enfocará también en los conceptos básicos del preservativo, y en última instancia se hablará sobre la escala para medir la autoeficacia en su uso desarrollado por Brafford y Beck (1991), la misma que fue utilizada en este estudio.

1.2. Teoría Social Cognitiva: Autoeficacia

Bandura (1997, en Noboa y Serrano, 2006) es uno de los exponentes principales de la teoría social cognitiva, la misma que considera que el ser humano es complejo ya que su comportamiento es producto de una multiplicidad de variables, que interactúan mutuamente. Por lo tanto, las variables cognitivas, psicológicas, biológicas, afectivas y las variables ambientales, constituyen y forman su comportamiento.

Por otra parte Tejada (2005) quien basa sus criterios en esta misma teoría manifiesta que los individuos poseen un auto-sistema que les permite medir el control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. Este auto-sistema brinda mecanismos para percibir, regular y evaluar comportamientos, con resultados dados en la interacción entre el sistema y la influencia del medio ambiente. Así, esta interacción sirve de función autorreguladora para generar individuos con la capacidad de influenciar sus propios procesos cognitivos y acciones, y así alterar su medioambiente.

Para Noboa y Serrano (2006) la teoría de Bandura reconoce distintas capacidades cognitivas que organizan el comportamiento del ser humano. Entre estas capacidades se mencionan: a) la capacidad de simbolizar; b) la capacidad vicaria; c) la capacidad de

planificar; d) la capacidad autorreguladora, y; e) la capacidad reflexiva.

La capacidad de simbolizar le provee al ser humano la herramienta para entender y manejar el medio ambiente, y a través de esta capacidad las personas pueden formar una combinación de comportamientos que le permiten construir posibles soluciones y resolver problemas que enfrentan en la vida. La capacidad vicaria, le permite a la persona aprender observando, lo que implica construir nuevos conocimientos y desarrollar nuevas destrezas por medio del modelaje. El aprendizaje a través de la observación permite experimentar lo que la otra persona hace, por lo tanto, las consecuencias positivas del comportamiento de la persona modelo son un incentivo para imitarla. Por otro lado, si la persona observa consecuencias negativas, en ocasiones, no realizará el comportamiento. La capacidad para planificar le permite a la persona anticipar las consecuencias de sus actos e igualmente establecer metas que le guían. Aquí el elemento del deseo, juega un rol importante, ya que una situación deseable motiva al ser humano a realizar aquello que le interesa. La capacidad autorreguladora, se relaciona con el proceso de socialización. Como sabemos, dicho proceso permite que los seres humanos se constituyan históricamente como personas y como miembros de una sociedad, permitiendo a las personas, crear controles internos que dan dirección a su comportamiento; es decir, aprenden a comportarse en sociedad. Por último, la capacidad auto reflexiva, le permite al ser humano, conocerse, conocer el mundo, evaluarse y de ser necesario, cambiar su comportamiento (Bandura, 1997).

Bandura (1997) sugiere integrar cuatro componentes de la teoría social cognitiva a los modelos de prevención: 1) el componente cognitivo; 2) el componente conductual; 3) el fortalecimiento de la autoeficacia, y; 4) el apoyo social.

El componente cognitivo está vinculado con brindar información sobre el riesgo asociado a un comportamiento en específico. Para esto se reconoce que es insuficiente informar a las personas de la necesidad de modificar sus prácticas. El componente conductual se relaciona con el desarrollo de destrezas sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva efectiva. El modelaje constituye aquí un elemento importante. A través de las guías, la retroalimentación provista por facilitadores y facilitadoras, y el ejercicio continuo se perfecciona la destreza. Las experiencias ejercitando el control de una situación social, fortalecen el desarrollo de la autoeficacia. Esto es importante ya que las personas necesitan estar convencidas de su eficacia para realizar esfuerzos que reten sus capacidades. Finalmente, el componente de apoyo social, va dirigido a reforzar y a mantener el comportamiento.

Por otra parte Olivari y Urra (2007) refieren que el concepto de autoeficacia introducido por Bandura (1995) representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían implicadas tres tipos de expectativas: 1) las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; 2) las expectativas de resultado, que se refieren a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y; 3) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refieren a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados esperados.

“La autoeficacia es la creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción que se requieren para alcanzar logros” (Bandura, 1997, p. 37). Para Noboa y Serrano (2006) ese concepto de autoeficacia es el más asertado, ya que para que el ser humano desarrolle cursos de acción apropiados tiene que controlar su propio funcionamiento, es decir, los procesos de pensamiento, motivación, estados afectivos y psicológicos. Además, necesita poseer las destrezas necesarias que le permitan manejar situaciones de conflicto, saberlas integrar a un curso de acción y utilizarlas de forma apropiada en situaciones difíciles.

La autoeficacia influye en varios aspectos del comportamiento del ser humano como por ejemplo implantar un comportamiento deseado, generar y mantener la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento, desarrollar el proceso mental involucrado al implantar el comportamiento y de las emociones experimentadas al ejecutar el comportamiento o al anticipar sus resultados (Bandura, 1995).

Por su parte Tejada (2005) indica que para Bandura (1987) la autoeficacia se basa en creencias enlazadas en distintos dominios de funcionamiento, con respecto a la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos. También, la autoeficacia afecta a la conducta influyendo de distintas maneras: en la elección de la respuesta, en el esfuerzo a utilizarse en una actividad, en los patrones de pensamiento, en las reacciones emocionales y en el reconocimiento de los seres humanos como productores del comportamiento.

Noboa y Serrano (2006) refieren que para tener éxito en distintas áreas de nuestra vida se requiere de voluntad, recursos y perseverancia, las mismas que constituyen cualidades de una persona autoeficaz. Es por ello, que la autoeficacia se manifiesta a través de la confianza en la capacidad de sobreponerse a las dificultades, inherentes al proceso de alcanzar una meta. Por ejemplo: para lograr protegerse del VIH/SIDA, las mujeres necesitan tener las destrezas que

les permitan manejar situaciones de conflicto, saberlas integrar a un curso de acción apropiado y utilizarlas de forma adecuada en circunstancias difíciles.

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en estudios previos de la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje, por lo que concepto ha sido adaptado a la psicología como un importante predictor de conductas de salud. Por lo tanto, la autoeficacia ha demostrado ser un factor de gran importancia para motivar a la adquisición de conductas que promuevan la salud, o el detener conductas nocivas para ésta. Su concepto se relaciona con conductas diversas en distintas áreas de salud como son: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud. De hecho algunas investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Olivari y Urra, 2007).

La autoeficacia se ha definido de múltiples formas, pero todos los autores y las autoras concuerdan en que se refiere a la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento. Por otro lado, se distinguen aquellas aseveraciones en las que se señala la autoeficacia como confianza, habilidad, como capacidad que se siente, y como creencia que se tiene (Noboa y Serrano, 2006).

Bandura (1997) indica que una persona puede sentirse más o menos eficaz dependiendo de la actividad concreta a la que se enfrenta. De manera que las creencias de eficacia serán más determinantes cuanto más se ajusten al área o dominio concreto (Salanova, Grau y Martínez, 2005).

La autoeficacia interviene en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos autoestimulantes y autodesvalorizantes de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo, en las acciones que ellas toman para alcanzar las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con mayor autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado la acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y tienen un mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura,

1997).

Para Salanova et al. (2005) las personas con elevados niveles de eficacia tienen mayor confianza en sus habilidades para responder a los estímulos del medio. Su nivel de autoeficacia influye sobre la forma de percibir y procesar las demandas o amenazas ambientales. De esta manera, en condiciones o situaciones estresantes, si las personas creen que pueden manejar con eficacia los posibles estresores ambientales, no son perturbadores para ellas. En la medida en que el sujeto posea control sobre los estresores, éstos no tendrán efectos negativos para él mismo, pero si creen que no los pueden controlar, estos sucesos incapacitan su nivel de funcionamiento, por lo que las personas con altos niveles de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos incontrolables.

Continuando con lo mencionado anteriormente, Salanova et al. (2005) refieren que los individuos con altos niveles de autoeficacia suelen usar conductas de afrontamiento centradas en el problema y actuar sobre los estresores, mientras que los de baja autoeficacia usan más estrategias centradas en la emoción y por lo tanto en ellos mismos; por lo que es fundamental considerar esta relación ya que el impacto de los estresores sobre el individuo depende, en gran medida, de las conductas de afrontamiento que se adopten.

Para Reina, Oliva y Parra (2010) la autoeficacia tiene que ver con la percepción que tiene un individuo acerca de su capacidad para conseguir un objetivo, y también se relaciona con la satisfacción vital ya que contribuye al logro de los objetivos personales con el consiguiente bienestar.

Por otra parte desde la perspectiva de la teoría social cognitiva, Bandura (1995) propuso el modelo de autoeficacia como una explicación de las conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH; para este autor, la conducta está mediada por un proceso de evaluación cognitiva en el cual las personas integran conocimientos, expectativas de resultados, estados emocionales, influencias sociales y experiencias pasadas, de forma que crean una valoración de su habilidad para afrontar una determinada situación. Por lo tanto, que una persona utilice el preservativo, no sólo dependerá de los recursos que disponga para utilizarlo, sino también de la percepción de sí misma como capaz de controlar su propio comportamiento (Ballester, Gil, Ruiz y Giménez 2013).

En estudios previos la autoeficacia ha sido identificada como uno de los factores principales que influye en la capacidad que tienen las personas de protegerse ante el contagio con el VIH y otras ITS mediante la negociación y para negociar sexo seguro. Se ha

encontrado que una persona que muestra confianza en sus habilidades para controlar su entorno y negociar actividades sexuales de menor riesgo, tiene mayores posibilidades de que la conducta de menor riesgo se lleve a cabo. Por otro lado, poseer destrezas de comunicación en la relación de pareja está positivamente relacionado con el uso del preservativo. No tener, o percibir que no se tiene, la habilidad para usar el preservativo como algo divertido, erótico y placentero, tener una actitud negativa hacia su uso, y no mostrar las destrezas necesarias para convencer a la pareja sexual para utilizarlo, se ha asociado con una baja frecuencia de su uso (Pérez, Rivas y Serrano, 2009).

Por su parte la evidencia científica existente, ha demostrado que las personas que utilizan preservativo consistentemente durante las relaciones sexuales, reportan mayores niveles de autoeficacia para negociar su uso en comparación con quienes lo utilizan de manera esporádica o inconsistente. Este hecho además parece estar también relacionado al tipo de relación de pareja, puesto que quienes están en relaciones estables, usan métodos de protección con menor frecuencia de quienes tienen parejas casuales (Pérez, et al., 2009).

1.3. Preservativo: conceptos básicos y autoeficacia.

El preservativo es una delgada funda de látex que se ciñe apretadamente al pene. Actualmente es el único método de control de natalidad efectivo de que dispone el varón, - excepto la intervención quirúrgica-, y que además no requiere receta médica. Se pueden adquirir preservativos en distintas instancias como son: farmacias, centros de planificación familiar, en máquinas automáticas, etc. Generalmente los preservativos se presentan enrollados en paquetes de plástico o metalizados, y hay de distintas clases. Algunos están lubricados, contienen espermicida, otros son de color, tienen sabor y los hay con texturas y prominencias que tienen el propósito de estimular más a la mujer durante el coito. Los preservativos tienen el extremo circular para dejar un lugar donde depositar el semen; otros tienen un espacio en la punta destinado a recoger el semen (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Masters et al. (1987) también refieren que la función del preservativo es evitar la entrada de espermatozoides en la vagina, por lo que este se coloca antes del coito y se desenrolla en el pene en erección. Si se lo coloca un poco antes de la eyaculación existe el riesgo de que unas gotas de espermatozoides vivos penetren en la vagina. Después de la eyaculación es importante sujetar el final del preservativo para evitar que este se salga y el espermatozoides se derrame en la vagina. Nunca se debe manipular un preservativo antes de utilizarlo porque eso podría disminuir su

eficacia.

Con respecto a sus efectos en la sexualidad Masters et al. (1987) indican que el empleo del preservativo en ocasiones representa varias desventajas, ya que colocárselo puede interferir en la espontaneidad del acto sexual. También son muchos los hombres que se quejan de que al usarlo se reduce la sensación del pene en la vagina, e incluso hay hombres que tienen dificultad para mantener la erección mientras intentan ponérselo, por lo que el preservativo no es recomendado para un sujeto con dificultades de erección, ya que pone en mayor evidencia su disfunción y puede aumentar seriamente la “angustia anticipatoria”. Por su parte se han indicado también ventajas en las que se indica que la mujer puede sentirse satisfecha al ver que su compañero no le da a ella toda la responsabilidad de la anticoncepción. Otra ventaja es que los preservativos lubricados facilitan y hacen más placentero el coito en los casos de insuficiente lubricación vaginal; y por último, el preservativo puede ayudar a los hombres propensos a la eyaculación precoz, ya que en ocasiones disminuye la sensibilidad.

Por otra parte Gayón, Hernández, Soto y Lombardo (2008) indicaron que el condón masculino constituye un 97 % de los preservativos más vendidos en todo el mundo y su efectividad se analiza en el coito pene-vagina, su eficacia se centra en su permanencia en el pene y que este no se rompa durante el acto sexual. En la actualidad se fabrican preservativos muy resistentes y su frecuencia de rotura se estima de 0.4 a 2.3 % y de escurrimiento de 0.6 a 1.3 %. Estudios recientes evalúan la efectividad del preservativo contra infecciones de transmisión sexual, de la misma manera en que se hace como método anticonceptivo. De acuerdo a estos autores, el uso del preservativo aumentó a partir de 1980, debido a la mayor conciencia del riesgo de contagio de SIDA y a estrategias de prevención de infecciones sexuales. Este incremento es mayor en los adolescentes y adultos jóvenes, quienes constituyen los grupos de mayor riesgo.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectando a personas de cualquier edad, aunque son los adolescentes y los jóvenes adultos los grupos poblacionales más afectados. Se presentan más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, entre ellas tener más de una pareja sexual, practicar coito de forma no segura, no usar preservativo, etc. Los jóvenes son más vulnerables a las ITS debido a que en esta etapa se desarrollan emociones relacionadas con la maduración sexual genital, por el mayor interés que existe en el sexo opuesto o en su mismo sexo (Chacón, et al., 2009).

Las razones por las que el preservativo tiene tanta aceptación es el hecho de que las

infecciones de transmisión sexual son la causa común y prevenible de morbilidad y mortalidad perinatal. Algunas ocasionan esterilidad, las de origen viral son incurables y permanecen de por vida en quien las padece. En la actualidad se conocen 30 agentes que producen infecciones de transmisión sexual, pero ninguno ha tenido repercusión tan importante como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La epidemia del VIH/SIDA es uno de los problemas de salud más graves en todo el mundo, pues sus efectos demográficos y socioeconómicos son elevados en los sistemas de salud. El VIH ocasiona la muerte de los individuos infectados, principalmente adolescentes y adultos jóvenes (grupos de más alto riesgo), cuando no se administra tratamiento antirretroviral activo (Gayón, et al., 2008).

Por otra parte para Chacón et al. (2009) las infecciones de transmisión sexual son la mayor causa de la infección de los órganos de la reproducción, teniendo esto un impacto muy importante en la salud reproductiva. Cada año se estima que aparecen 400 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables, el 90 % entre los 15 y 30 años, y sobre todo en menores de 25 años, solteros y sexualmente activos ocurriendo aproximadamente en un 16 % en mujeres en la edad reproductiva, y algunas de sus complicaciones son, el embarazo ectópico y el cáncer cervical, los cuales representan una causa importante de mortalidad.

Por su parte Cruz, Yanes, Isla, Hernández y Turcios (2007) mencionan que el condón masculino es el que ofrece mayor protección contra las ITS, incluido el VIH. Además, cuando se usa sistemática y correctamente también es sumamente eficaz como anticonceptivo, pero la protección que ofrece contra las ITS no depende, en esencia, del tipo de material del cual esté compuesto, por lo que son tan eficaces los tradicionales de látex, como los que están compuesto por nuevos materiales sintéticos, que son menos alergénicos, como el poliuretano, polímero sintético derivado del petróleo, el estirenoetileno butilenoestireno (SEBS), un elastómero termoplástico sintético, o el tactylon, otro elastómero sintético.

Su mecanismo de protección se explica por el hecho de que la superficie física interpuesta entre el pene y la vagina impide el contacto directo entre estos, lo cual imposibilita el intercambio de secreciones y el contacto con lesiones genitales, en los casos en los que estas estuvieran presentes. Este también protege muy eficazmente de la infección por sífilis, gonorrea, clamidias y trichomona, pero parcialmente de la causada por el virus del herpes simple y el del papiloma humano, y de otras ITS que pueden producir úlceras en los genitales (Cruz, et al., 2007).

Gayón et al. (2008) también refieren que los únicos métodos que reducen el riesgo de infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en los sujetos sexualmente activos son: la abstinencia, relaciones sexuales monógamas con parejas no infectadas y el uso de preservativos de látex, los mismos que cuando se usan en forma correcta y consistente son altamente efectivos para prevenir la transmisión del VIH y reducir el riesgo de otras infecciones sexuales. Se entiende por uso consistente del preservativo su utilización en 100 % de los coitos vaginales. El uso correcto del preservativo se refiere a su adecuada colocación, previo a cualquier contacto pene-genitales. La protección del preservativo no es de 100 %, pues su grado de defensa contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual se desconoce.

La mayor parte de las pruebas relacionadas con la efectividad del preservativo, para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, se asocia con estudios realizados en VIH-SIDA. El VIH es una infección de transmisión sexual incurable que se confirma mediante serología. Los estudios de laboratorio demuestran que los condones de látex forman una barrera altamente efectiva para partículas similares en tamaño a los virus más pequeños; sin embargo, su protección no es del 100 %. El metanálisis más reciente reportó que el uso del preservativo en forma consistente tiene una efectividad de 80 % para reducir la incidencia de VIH en parejas heterosexuales (Gayón, et al., 2008). Adicionalmente, para Olmedo et al. (2012) la efectividad de un preservativo es un término que generalmente se usa para referirse al nivel de protección contra el VIH y otras ITS, y cuando estos se usan correcta y consecuentemente, son 80 a 95 % efectivos en la reducción del riesgo de infección por VIH.

Por otra parte Chacón et al. (2009) también mencionan que el condón masculino es de mayor popularidad, sin embargo, según el Ministerio de Salud el 50 % de los adolescentes tiene relaciones sexuales antes de los 18 años sin uso del condón. En 1980 se realizó un estudio de permeabilidad y epidemiología en el servicio de Salud Pública de EEUU y se comprobó que hay mayor incidencia de enfermedades como SIDA, gonorrea, uretritis y herpes genital, cuando no se usaba condón.

En el caso del virus del papiloma humano el mismo que produce un subgrupo de cánceres vulvares y vaginales, y lesiones secundarias (neoplasia intraepitelial vulvar o vaginal). La efectividad del preservativo para prevenir su infección se desconoce, pues no hay datos consistentes para su estimación precisa debido a que con frecuencia, la infección se manifiesta en forma intermitente y la protección completa es imposible, ya que el contagio puede ocurrir por contacto entre las superficies epiteliales no cubiertas por el preservativo

(Gayón, et al., 2008).

En lo que se refiere al uso del preservativo como método anticonceptivo Gayón et al. (2008) manifiestan que cerca del 3 % de las parejas que utilizan en forma correcta y consistente el condón experimentan un embarazo no deseado durante el primer año; las parejas que señalan su uso inconsistente, incorrecto, con roturas o escurrimientos reportan una tasa de embarazos no deseados de 6.3 a 14 % durante el primer año y de 50 % durante el segundo.

1.4. Escala para medir la autoeficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991)

La promoción del uso del condón masculino ha sido una importante estrategia empleada en el programa para prevenir el VIH y las ITS. Sin embargo, el empleo de este método de protección continúa siendo bajo, por lo que en un estudio realizado en la Habana se evidenció que solamente el 15,2 % de los estudiantes de bachillerato usaban preservativo (Hernández y López, 2011).

A causa de la problemática mencionada, Hernández y López (2011) deciden adaptar la escala para medir eficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991) (CUSES en sus siglas en inglés), determinando su fiabilidad y validez para la investigación en el contexto cubano. Dentro de las propiedades psicométricas, la escala tuvo un Alpha de Cronbach de 0,78 y el Índice de Correlación Interclase fue de 0,73. Por lo que la escala es confiable y válida para medir el uso del condón masculino en un contexto de habla hispana.

El CUSES (1991) se sustenta en el marco teórico de la autoeficacia, el mismo que ha sido descrito en la teoría social cognitiva de Bandura (1997), siendo una teoría con un amplio uso en este tema. Por ejemplo, estudios analizados demuestran que las personas con una alta autoeficacia para el uso del condón tienen más probabilidad de su uso. De hecho la autoeficacia actúa como un factor predictor en la práctica de sexo seguro (Hernández y López, 2011).

Hernández y López (2011) refieren que el CUSES (1991) consta de 26 ítems ordenados de menor a mayor complejidad destinados a medir la autoeficacia en el uso del condón masculino en mujeres y hombres. Se ha encontrado que las personas que usan condón y los sujetos con mayor experiencia sexual acumulan más puntos en la escala que los que no tienen experiencia sexual. Por otra parte el análisis discriminado indica que CUSES distingue los sujetos que usan el preservativo esporádicamente, los que no lo usan y los que lo usan de forma regular. Cinco pasos fueron necesarios para la adaptación transcultural de esta escala:

traducción, retro-traducción, revisión por un comité de expertos, prueba piloto y envío de la escala adaptada a los autores originales.

En lo que se refiere a la traducción de la escala del idioma inglés al español Hernández y López (2011) mencionan que esta fue realizada por la agencia de servicio de traductores e intérpretes en Cuba (ESTI). Después se procedió a la revisión por un comité de cinco expertos y los elementos que conformaron la metodología fueron los siguientes: componentes claramente definidos, es decir, si la pregunta se expresa claramente; derivables de datos factibles de obtener, es decir, a partir de las respuestas de la pregunta se puede obtener información; razonable y comprensible, que se refiere a si se comprende la inclusión de la pregunta en relación con la categoría que se pretende medir; con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables, es decir, si se justifica la inclusión de la pregunta en la prueba.

En lo que respecta con la definición de las variables Hernández y López (2011) indican que la autoeficacia es definida como la creencia en la habilidad para desempeñar conductas específicas. Por lo tanto, la autoeficacia para el uso del condón mide la creencia en la habilidad personal para usar esta técnica y esta variable se operacionaliza en lo siguiente:

- Colocación del preservativo: habilidad para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja correctamente. Esta variable se mide con los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22.
- Uso del preservativo con la aprobación de la pareja: capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja. Esta variable se mide con los ítems 9, 10, 16, 17 y 18.
- Uso del preservativo bajo influencia de sustancias: capacidad para usar el condón estando con los efectos de drogas o el alcohol. Esta variable se mide con los ítems 23 y 24.
- Asertividad: habilidad para persuadir a la pareja en el uso del preservativo. Esta variable se mide con los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 25 y 26.

Capítulo II

Conductas de riesgo y enfoque de género

2.1. Introducción

García, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) definen a la conducta sexual como el conjunto de actitudes dirigidas a estimular el erotismo personal y de la pareja, pero existe una diferencia con la conducta sexual de riesgo. Así, la conducta sexual de riesgo es la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, porque existe la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, o darse un embarazo no deseado. Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de alcohol y drogas.

Por otra parte González, Molina, Montero, Martínez y Leyton (2007) refieren que la sexualidad es principalmente la construcción social de un impulso biológico, que es además, multidimensional y dinámica, es decir, la experiencia que una persona tenga de la sexualidad está condicionada por la parte biológica, los roles de género y las relaciones de poder, como también por la edad y la condición social y económica. Pero la influencia social más profunda sobre la sexualidad de una persona proviene de los roles de género preestablecidos, las normas y valores sociales que determinan el poder relativo, las responsabilidades y las conductas de hombres y mujeres. De esta forma, la experiencia individual de la sexualidad no es más que la expresión de ese desequilibrio.

Basándose en lo mencionado hasta ahora, se expondrá este capítulo en donde se abordarán las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes, al igual que el uso del preservativo entre ese grupo de población y por último se hará un análisis sobre la relación entre la sexualidad y el enfoque de género.

2.2. Conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes

Para Rodríguez y Álvarez (2006) el término riesgo es entendido como la proximidad a un daño a la salud, la probabilidad de que este ocurra, y que su alcance pueda llevar hasta la enfermedad o la muerte. Por lo que es preciso resaltar que hay riesgos relacionados con las prácticas o conductas sexuales, que si bien no dañan solamente la salud, lo hacen además en otras áreas de las relaciones humanas. Un ejemplo de ello es la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales sobre todo cuando a esto se suma una inadecuada educación sexual.

En relación a las conductas sexuales de riesgo, históricamente fueron discutidas por distintos enfoques que consideraban como de riesgo, a las personas o grupos que eran más susceptibles de padecer problemas físicos o sociales debido a un tipo de conducta que no era aceptada social o legalmente. Este enfoque, difundido desde los años 50, adquirió su cima a finales de los años 80, con el surgimiento del SIDA, estando esta enfermedad asociada a grupos de riesgo, más específicamente las minorías marginadas como los homosexuales y usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, la epidemia fue expandiéndose, por lo que se hizo necesario hablar de conductas de riesgo y no solamente de grupos de riesgo. Todas las personas, sin excepción, estaban sujetas a contraerla, bastando, para eso, un comportamiento de riesgo (Goncalves, Castellá y Carlotto, 2007).

Estudios recientes enfocados a las conductas de riesgo han aportado a entender mejor este fenómeno. Por ejemplo, en relación a las prácticas sexuales de riesgo entre los jóvenes, Uribe et al. (2012) refieren que los jóvenes, al igual que los adolescentes, tienen un mayor número de parejas, practican más frecuentemente sexo casual, y en porcentajes elevados no usan el preservativo de forma consistente en sus relaciones sexuales. En otros estudios esto se ha encontrado asociado a diversos factores como: la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, las presiones de grupo, el número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, así como la inadecuada información que se tiene respecto a las ITS, entre otros factores que ubican a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad. “En ocasiones sociales es común que el joven consuma alguna sustancia para desinhibirse. Del efecto inicial de desinhibición hasta la incapacidad de juicio racional o la pérdida de control, el camino es bastante corto” (Goncalves, et al., 2007, p.162). Como resultado en la población joven se observa un aumento anual importante de la incidencia de infección por VIH en América Latina. De hecho, la Organización Panamericana para la Salud estima que la mitad de los nuevos casos de la infección por VIH se dan a personas con edad inferior a 25 años que se han contaminado por vía sexual. En Estados Unidos, los mayores índices de contagio de VIH están en los jóvenes con edades comprendidas entre los 17 y 19 años de edad, en su mayoría varones (Goncalves, et al., 2007).

Por otra parte Uribe et al. (2012) mencionan que el inicio de una vida sexual activa de manera desprotegida es una de las prácticas sexuales más comunes y con mayores riesgos para la salud sexual en las jóvenes y los jóvenes de Latinoamérica. Además se considera el rechazo del uso del preservativo tanto en hombres como en mujeres, como un factor predictor

de la conducta sexual de riesgo. En muchas ocasiones los hombres y mujeres que manifiestan intención de usar preservativo en sus relaciones sexuales, son quienes más lo usan; sin embargo, la frecuencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales entre jóvenes es baja.

Desde esta perspectiva Murillo et al. (2014) refieren que una inadecuada educación sexual de los jóvenes y adolescentes, junto a la hiperestimulación de conductas sexuales adultas, sumadas a las características propias de la edad como la poca experiencia, la impulsividad y el deseo de explorar, conduce a los jóvenes a realizar diferentes conductas sexuales de riesgo, sin conciencia de ello y sin los adecuados niveles de protección para la salud, ocasionando consecuencias sanitarias y sociales como los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte las investigaciones sobre la percepción de riesgo en los jóvenes y adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con mayor frecuencia y en la percepción de riesgo asociada a cada una de ellas. En un estudio sobre la percepción de riesgo en una muestra de 41 estudiantes de una escuela superior de los EEUU relacionaron 30 actividades clasificadas como de alto riesgo para la salud. Los resultados indicaron que los riesgos relacionados con la actividad sexual eran los más conocidos y los más controlables por los sujetos de la muestra, en consecuencia los dos principales tipos de riesgo percibidos en ese ámbito fueron el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, por lo que en dicho estudio se llegó a la conclusión de que la percepción de riesgo de contraer una enfermedad sexualmente transmisible era menos conocida, de cierta forma más temida y, por lo tanto, menos percibida como controlable en comparación con el riesgo de un embarazo (Goncalves et al., 2007).

El inicio temprano de vida sexual activa parece estar relacionado directamente con una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales desprotegidas y por ende con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. De hecho, en países como el Reino Unido, la mitad de los embarazos en adolescentes ocurren los seis primeros meses tras el inicio de las relaciones sexuales, la causa principal es que las primeras relaciones sexuales se llevan a cabo sin protección. Algunos autores han establecido variables asociadas a la falta de uso del preservativo como por ejemplo las falsas creencias sobre la reducción de sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, el haber tenido pocas relaciones y éstas no haber sido planificadas, y/o el tener una pareja estable y sentirse menos vulnerable (García, et al., 2012).

Adicionalmente, se considera que las actitudes negativas hacia la sexualidad están relacionadas a prácticas sexuales de riesgo. Por el contrario existen estudios señalan que aquellas personas con una actitud más positiva hacia la sexualidad prestaban más atención, procesaban y recordaban más información sexual, anticipaban la posibilidad de tener relaciones sexuales y adquirirían en mayor medida métodos anticonceptivos. De esta forma se consideran las habilidades eficaces para la prevención de conductas de riesgo (García, Menéndez, García y Rico, 2010).

Ballester et al. (2013) refieren que ha sido de vital importancia brindar a los jóvenes información básica sobre los comportamientos sexuales de riesgo para la prevención de la transmisión del VIH, sin embargo, como ha demostrado la literatura científica los conocimientos no son suficientes para la realización de conductas sexuales seguras, ya que estudios realizados por estos mismos autores con muestras de estudiantes universitarios de diferentes comunidades autónomas de España, demuestran que sigue existiendo un porcentaje significativo que no usa el preservativo de forma sistemática en sus relaciones sexuales.

Finalmente es necesario mencionar que la experimentación de conductas sexuales de riesgo está asociado al bienestar psicológico. De hecho, de acuerdo a Goncalves et al., (2007) las relaciones sexuales sin preservativo, acaba por presentar repercusiones tanto en el bienestar psicológico y en la salud física. Existen, por lo tanto, riesgos para la salud física, que pueden darse como consecuencia del comportamiento sexual sin protección, y los riesgos para el bienestar psicológico, el mismo que estaría marcado por las consecuencias negativas del comportamiento, desde los factores que motivan la realización hasta un posible arrepentimiento posterior.

2.3. Uso del preservativo entre los jóvenes

Para Lameiras, Nuñez, Carrera y Rodríguez (2007) la sexualidad representa un aspecto fundamental en la vida del ser humano, por tal motivo es considerada una de las necesidades fundamentales del hombre y la mujer en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. Pero son los cambios en la adolescencia, tanto a nivel físico como psicológico y social, los responsables de que el ser humano redirija su sexualidad desde una dimensión exclusivamente autoerótica en la infancia y por tanto individual, a una dimensión heteroerótica u homoerótica y por tanto relacional durante la adolescencia. De ahí la importancia de transferir desde la infancia una idea de la sexualidad como una dimensión natural del ser humano y poder así disfrutar de ella sin que se produzcan conductas o

prácticas sexuales de riesgo.

Distintos datos muestran que en la adolescencia se inicia para la mayoría la actividad sexual coital, que cada vez se produce a edades más tempranas. Reportes de la INEC (2010) refieren que casi 6 de cada 10 mujeres entre 15 a 24 años de edad ya tuvieron alguna experiencia sexual, siendo la mayor parte premarital, por lo que Ecuador mantiene una cúspide temprana de la fecundidad entre los 20 y 24 años de edad. Por otro lado indica que el 80,1% de las mujeres en edad fértil (15- 49 años) casadas o unidas, utilizan métodos anticonceptivos. En cuanto al conocimiento espontáneo sobre el VIH/SIDA se eleva al 95% en las mujeres y en un 77% en varones mientras que, el 64,6% de mujeres y el 48% de varones en un rango de 15 a 49 años de edad, conocen y se han hecho la prueba del VIH/SIDA.

Sobre la base de la actividad sexual de los jóvenes y de la importancia de tener una vida sexual segura, algunos aspectos han sido considerados como predictores del uso o de la intención de usar el preservativo entre jóvenes y adolescentes. Entre ellos estarían las actitudes positivas de hablar sobre prevención en el comportamiento sexual, la autoeficacia percibida, la norma subjetiva, el auto-concepto positivo y la conciencia del riesgo de contaminación por ITS/SIDA, así como de la importancia del preservativo en la prevención (Goncalves et al., 2007).

Desde esta perspectiva estudios realizados por Fernández, Faílde, Bimbela y Alfaro (2008) en el que se analizaron las conductas sexuales de estudiantes universitarios en Galicia, indicaron que aproximadamente la mitad de los jóvenes de veinte años habían mantenido relaciones sexuales coitales, de los cuales el 57% refirieron utilizar siempre el preservativo masculino, frente al 27% que lo utilizaban en algunas ocasiones y al 16% reconoció que nunca lo utilizaba. En este mismo estudio se hace un análisis de la relación entre variables psicológicas y uso del preservativo entre heterosexuales, concluyendo que una actitud positiva hacia el preservativo, que fortalezca su aceptación como método anticonceptivo y la promoción de esta visión con los compañeros sexuales, favorece la frecuencia de su uso. En la misma línea, el fácil acceso a los preservativos y el hablar acerca de ellos, tienden a ser factores que influyen positivamente sobre el nivel de utilización.

Fernández et al. (2008) también indican que existe un uso menos constante del preservativo entre los jóvenes con la pareja habitual, lo que se podría explicar por la falsa sensación de seguridad afianzada en la “confianza” que sostiene implícitamente las relaciones de pareja estables, lo cual hace que el uso continuo del preservativo se convierta en un

elemento que puede generar conflicto y desconfianza entre los miembros de la pareja.

Por su parte Teva et al. (2014) refieren que la satisfacción sexual es un factor importante que influye en el uso del preservativo entre los jóvenes, la misma que se considera un derecho sexual del individuo y es un componente clave de la sexualidad. Para estos autores la satisfacción sexual hace referencia a la respuesta afectiva que surge a partir de la evaluación subjetiva que hace el individuo acerca de las dimensiones positivas y negativas asociadas con su relación sexual, en donde influye la comunicación verbal y no verbal con la pareja.

Así, podría afirmarse que la satisfacción sexual es un concepto amplio que incluye aspectos relacionadas con la calidad de la relación de pareja y el ejercicio sexual, entre otras. Por lo que se ha encontrado que tener vínculos afectivos con la pareja con la que se mantienen los primeros contactos sexuales se relaciona con una mayor satisfacción sexual. Adicionalmente Teva et al. (2014) refieren que el uso del preservativo estaría determinado, en parte, por su influencia sobre la satisfacción sexual y el placer, por lo que si el sujeto percibe que el uso del preservativo interfiere en su satisfacción sexual hay menos probabilidades de que lo utilice.

Por otra parte Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles (2009) mencionan que muchos jóvenes dicen usar consistentemente el preservativo pero no lo usan de manera correcta, lo que trae como consecuencia una alta probabilidad de contagiarse de ITS o VIH en comparación con aquellos jóvenes que no lo usan constantemente. Así, el entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón es una estrategia importante y necesaria en los programas de intervención en el ámbito de la salud sexual de los jóvenes y adolescentes.

Desde ese enfoque Robles et al. (2006) indican que la disminución de conductas de riesgo necesita algo más que la propia habilidad conductual para usar correctamente el preservativo, debido a que el uso del preservativo ocurre en una relación sexual que implica una relación entre dos personas, por lo que de nada sirve ser un experto en la colocación correcta del preservativo si no se tiene la habilidad para solicitarlo a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo cuando ésta se resiste a utilizarlo, por lo que en este sentido, es recomendable también incluir en las medidas del comportamiento sexual preventivo, habilidades relacionadas con la negociación del uso del preservativo.

2.4. Sexualidad y enfoque de género

Se conoce que la sexualidad humana depende menos de los mecanismos fisiológicos y mucho más de los contextos sociales, donde el aprendizaje constituye un aspecto esencial. Por ello el propio desarrollo social ha conducido al inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos. (Rodríguez y Álvarez, 2006, p.2)

Para Casares (2006) la incorporación de la perspectiva de género en la investigación sociocultural, constituye una herramienta esencial para comprender aspectos fundamentales relacionados con la construcción cultural de la identidad personal. Dicha perspectiva además sirve para entender cómo se generan y reproducen determinadas jerarquías, relaciones de dominación y desigualdades sociales. Por tanto, los avances que se han producido desde las primeras investigaciones que representaban a las mujeres como meros objetos hasta el desarrollo de una perspectiva de género más integradora que toma en cuenta las realidades y simbolismos de hombres y mujeres en cualquier sociedad desde un punto de vista holístico, constituyen la base de las investigaciones contemporáneas. Desde esta perspectiva, para Foucault (1977) la sexualidad, las relaciones sexuales y el sexo, implican también relaciones de poder y de control, por lo tanto, la sexualidad es un elemento en el que convergen diversos conceptos socialmente trascendentes, que implican de alguna forma el control sobre las decisiones de las personas respecto a su sexualidad.

Por otra parte Herrera y Rodríguez (2007) mencionan que el derecho a ejercer poder implica para los varones, construir determinadas relaciones y responder a presiones que producen dolor, aislamiento y alienación en relación consigo mismos, a otros hombres y a las mujeres. Por lo tanto la masculinidad hegemónica se presenta de forma negativa para hombres y para mujeres. De esta manera se pueden ubicar dos momentos en el espacio que ocupa lo masculino: 1) el primer momento se centra en la producción de los años 60 y 70 donde todo giraba alrededor de la descripción del machismo y los estereotipos del hombre, con estos trabajos se relacionan los estudios sobre estereotipos sexistas, y las imágenes del poder masculino como un poder omnipresente en la estructura de dominación de género. En Ecuador, como en otros países de la región, ésta necesidad de exponer la subordinación de las mujeres predominó, por lo que fueron evidentes las brechas significativas entre ambos sexos, en los ámbitos de la salud, educación, empleo, ingresos, participación política y en la práctica social; 2) el segundo momento se da a partir de los ochenta, donde surgen investigaciones que buscan entender el origen de los estereotipos masculinos y cómo se producen tanto las

identidades masculinas como los privilegios del poder masculino, por lo que éste deja de ser un poder hegemónico absoluto y pasa a ser un juego complejo de construcción de identidades, que combina poder y des-empoderamiento al mismo tiempo.

Desde esta perspectiva para Butler (2006), el género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume. Es el mecanismo a través del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato a través del cual dichos términos se deconstruyen y se desnaturalizan. Desde ese enfoque para Casares (2006) los roles de género son las actividades, comportamientos y tareas o trabajos que cada cultura asigna a cada sexo. Los roles varían según las diferentes sociedades y a lo largo de la historia, influidos por diversos factores como la economía, la religión o la etnicidad. En lo que respecta a los estereotipos de género, estos son construcciones sociales que forman parte del mundo de lo simbólico y constituyen una de las armas más eficaces contra la equiparación de las personas, no son estables sino que cambian de una sociedad a otra, ya que las características sociales de género se crean y varían a lo largo del espacio y del tiempo.

Adicionalmente, para Herrera y Rodríguez (2007) uno de los ámbitos privilegiados donde se expresan las relaciones de poder entre los géneros es la sexualidad, ya que esta se ejerce en el contexto de normas y valores sociales y culturales, donde las relaciones de género son determinantes. Analizar las relaciones de poder entre los géneros, la forma cómo se construyen las identidades de hombres y mujeres, el peso de los roles, estereotipos y expectativas sociales en la conducta sexual es una entrada para el desarrollo de estrategias sensibles a las necesidades de hombres y mujeres. Desde este enfoque, Robles et al. (2006), refieren que la negociación en el terreno de las relaciones afectivas requiere que ambos miembros de una pareja se perciban a sí mismos en igualdad de derechos, sin embargo, esto es complicado por las relaciones de poder que se dan en el contexto de una cultura sexual caracterizada por una doble moral que establece diferentes derechos y libertades para hombres y mujeres.

Debido a esa desigualdad de poder en el modelo de género tradicional, la sexualidad masculina se caracteriza como naturalmente incontrolable, insaciable y agresiva. Se espera que los varones tengan una iniciación sexual temprana, el control sobre la sexualidad femenina, la realización de proezas sexuales, la conquista de múltiples parejas y el que este siempre dispuesto a tener relaciones sexuales, en cambio para las mujeres las normas de

género incluyen la “inocencia” sexual, la ignorancia, la inexperiencia, la pasividad, la reproducción, la sumisión y la dedicación al cuidado de la familia y el hogar (Viteri, 2014). Por lo tanto no se las motiva para que tomen decisiones respecto a la elección de sus parejas sexuales, para que negocien con sus compañeros el momento y la naturaleza de la actividad sexual, o para que se protejan de un embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual (González et al., 2007).

Desde esa perspectiva son los jóvenes varones los que presentan mayor conducta sexual de riesgo, lo que está relacionado con la variabilidad de parejas sexuales, debido a que existe en ellos una fuerte presión social, que tiene sus orígenes en la infancia, con respecto a lo que es la conducta esperada para un varón. En la adolescencia las expectativas de papel masculino se vuelven para la virilidad y por lo tanto un número elevado de parejas sexuales tiene una representación totalmente distinta para varones y mujeres, mientras para las mujeres esa es una conducta condenable, para los varones es estimulada y reforzada (Goncalves, et al., 2007).

Por otra parte Uribe et al. (2012) mencionan que estudios previos han encontrado diferencias de género en la percepción de autoeficacia y susceptibilidad frente el VIH/Sida, descubriendo que las mujeres tienen mayor percepción del riesgo de adquirir la enfermedad que los hombres, y plantean la posibilidad de que los hombres, a diferencia de las mujeres, presenten más conductas de riesgo tales como tener relaciones sexuales sin protección, y en consecuencia mayor predisposición de adquirir una ITS. También se evidencia ante relaciones sexuales riesgosas una conducta en las que el varón asume una posición más irreflexiva, mientras que la mujer es más cuidadosa, posiblemente influenciada por los prejuicios sociales que la discriminan en esta etapa de la vida y no por sus propios deseos. Éstas diferencias, fueron analizadas también por Sevilla (2008) en un estudio etnográfico con jóvenes hombres y mujeres, en donde encontró que los varones tienen mayor respaldo social, cultural y de género en cuanto a portar o cargar un preservativo, o para hablar abiertamente de preservativos, a diferencia de las mujeres, en las que se les tiende a juzgar fuertemente por los mismos hechos.

En lo que respecta a la satisfacción sexual de los jóvenes Teva et al. (2014) manifiestan que los varones tienen una mayor necesidad de sentirse satisfechos sexualmente y de que su pareja también se encuentre sexualmente satisfecha. En cambio, las mujeres tienen mayor necesidad de sintonía con la pareja en la actividad sexual, para su propia satisfacción sexual. Mientras que en ellos la intención de mantener relaciones sexuales se relaciona con la

atracción física, en ellas se asocia, además, con el amor romántico, por esa razón las mujeres jóvenes mantendrían relaciones sexuales por amor y por contentar a la pareja, mientras que los varones lo harían motivados por el deseo.

Las diferencias entre ambos sexos en cuanto a su rol dentro de la sociedad y al trato que reciben afectan directamente la toma de decisiones en el terreno sexual, causando que muchas mujeres no puedan pedir a sus compañeros que usen preservativo y a veces no tienen la posibilidad de decidir si quieren o no tener relaciones sexuales, a causa de ello, ellas muchas veces no pueden cuestionar a los varones su conducta sexual, lo que las lleva a ignorar si están o no en riesgo, y quienes saben que lo están, tienen pocos recursos para modificar su situación dada la falta de poder social, dependencia y sometimiento a sus parejas (Robles, et al., 2006). Así finalmente podría afirmarse que los roles de género, tienen consecuencias negativas para las prácticas sexuales satisfactorias y la salud sexual y reproductiva, lo que provoca que la responsabilidad de ese rol recaiga en las mujeres, lo que significa que los hombres tienen un acceso limitado a servicios de salud reproductiva y su participación es mínima en la toma de decisiones responsables en este aspecto (González, et al., 2007).

Capítulo III

Metodología

3.1. Enfoque y tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y comparativo con un corte transversal.

3.2. Universo

La población del estudio la conformaron estudiantes de la Universidad de Cuenca.

La Universidad de Cuenca es una universidad pública, fue creada el 15 de octubre de 1867, tiene su sede en la capital de la provincia del Azuay, a su vez cabecera de la región centro-sur del Ecuador, es una institución con reconocimiento nacional e internacional por su excelencia en docencia con investigación y vinculación con la colectividad, está comprometida con los planes de desarrollo regional y nacional e impulsa y lidera un modelo de pensamiento crítico en la sociedad. Actualmente cuenta en su mayoría con estudiantes de la ciudad de Cuenca, pero por su excelencia educativa tiene muchos estudiantes provenientes de otras provincias del país, tiene un total de 12 facultades que se dividen en 52 carreras y cuenta con un número de 14722 estudiantes en el nivel de pregrado.

3.3. Muestra

Debido a que la Universidad de Cuenca está compuesta por 12 facultades y 52 carreras el tipo de muestreo aplicado fue Aleatorio Estratificado (MAE) con la posibilidad de reposición en caso de que algún participante abandone el estudio porque decida suspender el llenado del cuestionario. Para proceder con el muestreo, se realizó un cálculo tomando en cuenta un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% dando un total de 375 participantes. Luego, se afijó proporcionalmente este valor de 375 participantes a las 12 facultades y al total de hombres y mujeres en cada uno de los estratos. Sin embargo, al momento de recolectar los datos, la muestra subió a 400 (222 mujeres y 178 hombres) en virtud de que más estudiantes manifestaron su voluntad de participar de la toma de datos.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Ser estudiante de pregrado de la Universidad de Cuenca.
- Estudiantes que tengan entre 18 y 25 años de edad.
- Estudiantes que manifiesten su deseo de participar mediante la firma de consentimiento informado.

Exclusión:

- Estudiantes que manifiesten no tener vida sexual activa.

Tabla 1. *Caracterización de la muestra*

		%
Sexo	Hombre	44.5
	Mujer	55.5
Estado civil	Soltero	93.8
	Casado	3.5
	Unión libre	1.8
	Divorciado	.8
	Viudo	.3
Facultad	Arquitectura	5.8
	Artes	4.5
	Ciencias agropecuarias	5.5
	Hospitalidad	5.3
	Ciencias económicas	16
	Ciencias médicas	18.3
	Ciencias químicas	7.5
	Filosofía	8.8
	Ingeniería	10.3
	Jurisprudencia	10.8
	Odontología	3.3
	Psicología	4.3

Fuente: Priori Beltrán (2018)

3.5. Técnica

Escala autoaplicada.

3.6. Instrumentos

Se utilizó la “Escala para la Autoeficacia del uso del condón”, CUSES (por sus siglas en inglés), la misma que fue adaptada y validada para medir la autoeficacia en el uso del condón por Brafford y Beck (1991).

El CUSES toma como base el marco teórico de la autoeficacia, el mismo que sustenta el desarrollo de sus sub-escalas. El CUSES tiene 24 ítems ordenados de menor a mayor complejidad destinados a medir la auto-eficacia en el uso del preservativo en mujeres y hombres. Las variables que analiza son:

- Colocación del condón masculino: habilidad para ponerse el condón o ponérselo a la pareja correctamente. Esta variable se mide con los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22.
- Uso del preservativo con la aprobación de la pareja: capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja. Esta variable se mide con los ítems 9, 10, 16, 17 y 18.
- Asertividad Sexual: habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. Esta variable se mide con los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 23 y 24.

3.7. Tipos de análisis de la información empleados

Se realizó un análisis descriptivo y comparativo en el programa estadístico SPSS de los datos obtenidos en las encuestas. En primer lugar se realizó una prueba piloto en donde se aplicaron 43 escalas a hombres y mujeres para analizar la fiabilidad del instrumento calculando el Alfa de Cronbach. Posteriormente se tabularon los datos recolectados (N=400) en el programa, para proceder a realizar el análisis factorial de los datos en donde se utilizó la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y Bartlett. Posteriormente se realizó el análisis comparativo de los resultados obtenidos para lo cual se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS) y la prueba paramétrica T de Student, lo que permitió relacionar los resultados obtenidos de hombres y de mujeres y evaluar si las respuestas de los grupos de hombres y mujeres difieren entre sí de manera significativa.

Variables dependientes e independientes

Dependiente: autoeficacia.

Independientes: sexo, habilidad para utilización de preservativo y capacidad de negociación.

Anexo

Operalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala (ítems)
Sexo	Se refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales	Personal Biológica	Hombre o mujer	Preguntas sociodemográficas
Autoeficacia	Es la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones	Personal	Altos niveles de autoeficacia	Todas las preguntas
Habilidad	Es la capacidad y destreza para realizar algo, que se obtiene en forma innata, o se adquiere o perfecciona, en virtud del aprendizaje y la práctica	Colocación del condón	Habilidad para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja correctamente	1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22
Negociación	Capacidad para identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo	La habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón	Capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja	4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 23 y 24

3.8. Aspectos éticos

Esta investigación siguió los lineamientos éticos sugeridos por el APA mismo que sugiere respetar la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Además, se solicitó la colaboración de los sujetos mediante la firma del consentimiento informado, cuyo objetivo básico fue la aceptación libre y voluntaria de cada participante; es importante señalar que los datos se utilizaron únicamente con fines académicos asegurando el bienestar de los participantes.

Por último, considerando la responsabilidad social de la investigación, los resultados, una vez aprobados, serán divulgados en la Universidad de Cuenca que fue la institución en donde se realizó dicho estudio.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Introducción

En este capítulo se presentará un análisis de los datos recolectados en donde participaron 400 hombres y mujeres estudiantes de pregrado con rango de edad de 18 a 25 años de la Universidad Cuenca a quienes se les aplicó la escala para medir la autoeficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991) con la finalidad de determinar los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo. En el primer punto se presentarán los resultados de la prueba piloto en donde se aplicaron 43 escalas a hombres y mujeres y se procedió a analizar la fiabilidad del instrumento calculando el Alfa de Cronbach.

Como segundo punto se presentará el análisis factorial de los datos recolectados (N= 400) en donde se utilizó la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y Bartlett. Y finalmente se presentará un análisis descriptivo y comparativo de los resultados obtenidos para lo cual se utilizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS) y luego la prueba paramétrica T de Student, durante la fase del análisis se tomó la decisión de comparar los resultados en relación a otras variables demográficas tales como el área de estudios y el estado civil, que si bien éstos no fueron objetivos pero que se vio interesante reportar los resultados.

4.2. Resultados de la prueba piloto

4.2.1. Fiabilidad de la escala para medir la autoeficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991)

Para realizar la prueba piloto se utilizó una muestra de 43 estudiantes de la Universidad de Cuenca de ambos sexos y de distintas facultades, de los cuales 41 de los casos fueron válidos y dos fueron excluidos.

Tabla 2. *Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	n de elementos
0,867	24

Fuente: Priori Beltrán (2018)

El resultado del Alfa de Cronbach de la prueba piloto (0.867) se asemeja con el valor de la escala original (0,91) lo que nos indica que la versión en español de la escala para medir autoeficacia para el uso del condón es confiable y válida para determinar los niveles de

autoeficacia y su relación con el uso del preservativo que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca.

4.3. Análisis factorial de los resultados obtenidos

Para proceder al análisis factorial de los resultados obtenidos primero se realizó la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y Bartlett, misma que se aplicó para analizar los coeficientes de correlación que existen entre las variables de la escala, el valor obtenido en la medida Kaiser se acercó a uno, lo que nos indica que la relación entre las variables es alta y el valor de significancia fue menor a 0.05 por lo que se pudo proceder al análisis factorial.

Tabla 3. *Análisis Factorial*

	Factor	
	Colocación del condón	Asertividad sexual
1. ¿Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja?	.83	
11. ¿Tengo habilidad para usar un condón correctamente?	.79	
14. ¿Puedo quitar un condón y deshacerme de él hábilmente cuando tenemos relaciones sexuales?	.76	
21. ¿Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja rápidamente?	.76	
19. ¿Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual?	.74	
7. ¿Tengo confianza en mí habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto?	.73	
2. ¿Puedo comprar condones sin sentir vergüenza?	.7	
20. ¿Puedo usar el condón con mi pareja sin "enfriar el momento"?	.62	
6. ¿Puedo sugerir a mi pareja utilizar el condón sin que éste se sienta enfermo/a?	.61	*
3. ¿Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara?	.6	
5. ¿Tengo habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva?	.58	*
4. ¿Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja?	.56	*
23. ¿Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo?		.67

24. ¿Confío en que mi pareja y yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión?		.65	
22. ¿Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales?	*	.52	
18. ¿Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales?		.52	*
13. ¿Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo?		.49	
12. ¿Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (por ejemplo: abrazarse, besarse, acariciarse, etc)		.4	
17. ¿No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual?			.78
16. ¿No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual			.75
9. ¿Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo que me rechazaría?			.69
15. ¿Si mi pareja y yo fuéramos a usar un condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno (por ejemplo, no pudiendo desenrollar el condón, poniéndoselo al revés o con torpeza)?	*		.6
8. ¿Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja?	*		.5
10. ¿Si no estuviera seguro de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno?			.5

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los factores indicados en la Tabla 3 hacen referencia a la dimensiones que se establecen en el la escala original. Los ítems 8 y 15 en el cuestionario original presentan un mayor peso en el factor de colocación del condón (factor 1); sin embargo en éste estudio éstos ítems presentan más peso dentro del factor de uso del condón con aprobación de la pareja (factor 3). El ítem 22 en el cuestionario original igualmente presenta mayor peso en el factor 1, pero en este estudio éste ítem presenta mayor peso en el factor de asertividad sexual (factor 2).

Las diferencias evidenciadas pueden deberse a que en nuestra cultura, el uso del preservativo no está determinado únicamente por la habilidad para usarlo correctamente, también influye la comunicación que exista entre la pareja, por lo que no tener, o percibir que no se tiene, la habilidad para usar el preservativo como algo divertido, erótico y placentero, tener una actitud negativa hacia su uso, y no mostrar las destrezas necesarias para convencer a la pareja sexual para utilizarlo, parece estar asociado con una baja frecuencia de su uso.

En lo que respecta a los ítems 4, 5 y 6 que en el cuestionario original presentan mayor peso dentro del factor de asertividad sexual (factor 2); sin embargo en éste estudio se presenta mayor peso en el factor de colocación del condón (factor 1). Esta diferencia puede deberse a que existe una estrecha relación entre habilidad y asertividad para hacer uso del preservativo.

El ítem 18 en del cuestionario original presenta mayor peso en el factor de uso del condón con la aprobación de la pareja (factor 3); sin embargo en éste estudio se presenta más peso en el factor de asertividad sexual (factor 2). Esta situación se da debido a que el concepto de asertividad está estrechamente ligado con el de habilidad y comunicación, ya que para que una persona utilice el preservativo, no sólo dependerá de los recursos que disponga para utilizarlo, sino también de la percepción de sí misma como capaz de controlar su propio comportamiento.

4.4. Análisis descriptivo y comparativo entre hombres y mujeres de los resultados obtenidos

El siguiente análisis descriptivo y comparativo se realizó debido a que uno de los objetivos del estudio fue comparar el nivel de autoeficacia relacionado al uso de preservativo entre hombres y mujeres. Las medidas de análisis distingue a los sujetos que usan el preservativo esporádicamente, los que no lo usan y los que lo usan de forma regular. Para realizar el análisis comparativo se procedió a utilizar la prueba paramétrica T de Student.

Tabla 4. *Factor 1 (Colocación del condón)*

		En completo desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
¿Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja?	f (Hombre)	7	3	17	61	90	178
	%	3.9%	1.7%	9.6%	34.3%	50.6%	100%
	f (Mujer)	67	26	52	47	30	222
	%	30.2%	11.7%	23.4%	21.2%	13.5%	100%
	f (Total)	74	29	69	108	120	400
	%	18.5%	7.3%	17.3%	27%	30%	100%
¿Tengo habilidad para usar un condón correctamente?	f (Hombre)	3	2	21	55	97	178
	%	1.7%	1.1%	11.8%	30.9%	54.5%	100%
	f (Mujer)	61	19	46	50	46	222
	%	27.5%	8.6%	20.7%	22.5%	20.7%	100%
	f (Total)	64	21	143	105	143	400
	%	16%	5.3%	35.8%	26.3%	35.8%	100%
¿Puedo quitar un condón y deshacerme de él hábilmente cuando tenemos relaciones sexuales?	f (Hombre)	4	2	26	57	89	178
	%	2.2%	1.1%	14.6%	32%	50%	100%
	f (Mujer)	51	33	56	36	46	222
	%	23%	14.9%	25.2%	16.2%	20.7%	100%
	f (Total)	55	35	82	93	135	400
	%	13.8%	8.8%	20.5%	23.3%	33.8	100%
¿Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja rápidamente?	f (Hombre)	6	14	39	57	62	178
	%	3.4%	7.9%	21.9%	32%	34.8%	100%
	f (Mujer)	54	25	62	47	34	222
	%	24.3%	11.3%	27.9%	21.2%	15.3%	100%
	f (Total)	60	39	101	104	96	400
	%	15%	9.8%	25.3%	26%	24%	100%
¿Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual?	f (Hombre)	6	11	30	55	76	178
	%	3.4%	6.2%	16.9%	30.9%	42.7%	100%
	f (Mujer)	51	31	61	39	40	222
	%	23%	14%	27.5%	17.6%	18%	100%
	f (Total)	57	42	91	94	116	400
	%	14.3%	10.5%	22.8%	23.5%	29%	100%
¿Tengo confianza en mí habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto?	f (Hombre)	3	7	21	54	93	178
	%	1.7%	3.9%	11.8%	30.3%	52.2%	100%
	f (Mujer)	54	15	58	34	61	222
	%	24.3%	6.8%	26.1%	15.3%	27.5%	100%
	f (Total)	57	22	79	88	154	400
	%	14.3%	5.5%	19.8%	22%	38.5%	100%

¿Puedo comprar condones sin sentir vergüenza?	f (Hombre)	4	6	23	34	111	178
	%	2.2%	3.4%	12.9%	19.1%	62.4%	100%
	f (Mujer)	61	32	41	46	42	222
	%	27.5%	14.4%	18.5%	20.7%	18.9%	100%
	f (Total)	65	38	64	80	153	400
	%	16.3%	9.5%	16%	20%	38.3%	100%
¿Puedo usar el condón con mi pareja sin "enfriar el momento"?	f (Hombre)	7	8	36	47	80	178
	%	3.9%	4.5%	20.2%	26.4%	44.9%	100%
	f (Mujer)	42	18	53	47	62	222
	%	18.9%	8.1%	23.9%	21.2%	27.9%	100%
	f (Total)	49	26	89	94	142	400
	%	12.3%	6.5%	22.3%	23.5%	35.5%	100%
¿Puedo sugerir a mi pareja utilizar el condón sin que éste se sienta enfermo/a?	f (Hombre)	4	6	14	58	96	178
	%	2.2%	3.4%	7.9%	32.6%	53.9%	100%
	f (Mujer)	36	11	30	56	89	222
	%	16.2%	5%	13.5%	25.2%	40.1%	100%
	f (Total)	40	17	44	114	185	400
	%	10%	4.3%	11%	28.5%	46.3%	100%
¿Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara?	f (Hombre)	14	14	46	44	60	178
	%	7.9%	7.9%	25.8%	24.7%	33.7%	100%
	f (Mujer)	74	34	44	45	25	222
	%	33.3%	15.3%	19.8%	20.3%	11.3%	100%
	f (Total)	88	48	90	89	85	400
	%	22%	12%	22.5%	22.3%	21.3%	100%
¿Tengo habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva?	f (Hombre)	8	5	17	59	89	178
	%	4.5%	2.8%	9.6%	33.1%	50%	100%
	f (Mujer)	50	17	32	35	88	222
	%	22.5%	7.7%	14.4%	15.8%	39.6%	100%
	f (Total)	58	22	49	94	177	400
	%	14.5%	5.5%	12.3%	23.5%	44.3%	100%
¿Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja?	f (Hombre)	10	8	24	59	77	178
	%	5.6%	4.5%	13.5%	33.1%	43.3%	100%
	f (Mujer)	35	18	31	59	79	222
	%	15.8%	8.1%	14%	26.6%	35.6%	100%
	f (Total)	45	26	55	118	156	400
	%	11.3%	6.5%	13.8%	29.5%	39%	100%

Fuente: Priori Beltrán (2018)

En la tabla 4 se observa diferencias significativas de los porcentajes entre hombres y mujeres en ciertos aspectos de lo que respecta al factor 1 (colocación del condón). Entre las diferencias más relevantes se encuentran las siguientes: el 50.6% de los hombres tiene habilidad para ponerse un condón y solamente el 13.5% de las mujeres considera tener habilidad para ponerle un condón a su pareja. El 54.5% de los hombres tiene habilidad para usar un condón correctamente mientras que solamente el 20.7% de las mujeres considera

tener dicha habilidad.

El 62.4% de los hombres pueden comprar un condón sin sentir vergüenza mientras que solamente el 18.9% de las mujeres no tendrían vergüenza de comprarlos, y el 33.7% de los hombres puede recordar llevar un condón por si lo necesitara a diferencia de las mujeres, ya que solamente el 11.3% podría recordarlo.

Tabla 5. *Factor 2 (Asertividad sexual)*

		En completo desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
¿Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo?	f (Hombre)	11	7	46	57	57	178
	%	6.2%	3.9%	25.8%	32%	32%	100%
	f (Mujer)	31	9	45	54	83	222
	%	14%	4.1%	20.3%	24.3%	37.4%	100%
	f (Total)	42	16	91	111	140	400
	%	10.5%	4%	22.8%	27.8%	35%	100%
¿Confío en que mi pareja y yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión?	f (Hombre)	9	14	36	53	66	178
	%	5.1%	7.9%	20.2%	29.8%	37.1%	100%
	f (Mujer)	37	16	42	49	78	222
	%	16.7%	7.2%	18.9%	22.1%	35.1%	100%
	f (Total)	46	30	78	102	144	400
	%	11.5%	7.5%	19.5%	25.5%	36%	100%
¿Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales?	f (Hombre)	15	23	38	55	47	178
	%	8.4%	12.9%	21.3%	30.9%	26.4%	100%
	f (Mujer)	51	28	54	46	43	222
	%	23%	12.6%	24.3%	20.7%	19.4%	100%
	f (Total)	66	51	92	101	90	400
	%	16.5%	12.8%	23%	25.3%	22.5%	100%
¿Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales?	f (Hombre)	11	11	24	53	79	178
	%	6.2%	6.2%	13.5%	29.8%	44.4%	100%
	f (Mujer)	34	18	38	54	78	222
	%	15.3%	8.1%	17.1%	24.3%	35.1%	100%
	f (Total)	45	29	62	107	157	400
	%	11.3%	7.3%	15.5%	26.8%	39.3%	100%
¿Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo?	f (Hombre)	10	3	23	69	73	178
	%	5.6%	1.7%	12.9%	38.8%	41%	100%
	f (Mujer)	30	11	40	61	80	222
	%	13.5%	5%	18%	27.5%	36%	100%
	f (Total)	40	14	63	130	153	400
	%	10%	3.5%	15.8%	32.5%	38.3%	100%
¿Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (por ejemplo: abrazarse, besarse, acariciarse, etc)?	f (Hombre)	13	21	32	49	63	178
	%	7.3%	11.8%	18%	27.5%	35.4%	100%
	f (Mujer)	40	11	47	56	68	222
	%	18%	5%	21.2%	25.2%	30.6%	100%
	f (Total)	53	32	79	105	131	400
	%	13.3%	8%	19.8%	26.3%	32.8%	100%

Fuente: Priori Beltrán (2018)

En la tabla 5 se observa que el 32% hombres y el 37.4% de las mujeres podrían convencer fácilmente a su pareja de usar condón; el 44.4% de hombres y el 35.1% de mujeres pueden discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener relaciones sexuales; y el 41% de hombres y el 36% de mujeres tienen habilidad para persuadir a su pareja a aceptar usar condón, por lo tanto, los resultados obtenidos en los aspectos del factor 2 (asertividad sexual) reflejan que tanto hombres como mujeres tienen asertividad para negociar el uso del condón.

Tabla 6. *Factor 3 (Uso del condón con la aprobación de la pareja)*

		En completo desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo	Total
¿No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual?	f (Hombre)	75	35	30	24	14	178
	%	42.1%	19.7%	16.9%	13.5%	7.9%	100%
	f (Mujer)	124	40	24	21	13	222
	%	55.9%	18%	10.8%	9.5%	5.9%	100%
	f (Total)	199	75	54	45	27	400
	%	49.8%	18.8%	13.5%	11.3%	6.8%	100%
¿No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual?	f (Hombre)	75	29	35	27	12	178
	%	42.1%	16.3%	19.7%	15.2%	6.7%	100%
	f (Mujer)	119	37	28	26	12	222
	%	53.6%	16.7%	12.6%	11.7%	5.4%	100%
	f (Total)	194	66	63	53	24	400
	%	48.5%	16.5%	15.8%	13.3%	6%	100%
¿Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo que me rechazaré?	f (Hombre)	66	40	27	33	12	178
	%	37.1%	22.5%	15.2%	18.5%	6.7%	100%
	f (Mujer)	106	35	47	17	17	222
	%	47.7%	15.8%	21.2%	7.7%	7.7%	100%
	f (Total)	172	75	74	50	29	400
	%	43%	18.8%	18.5%	12.5%	7.3%	100%
¿Si mi pareja y yo fuéramos a usar un condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno (por ejemplo, no pudiendo desenrollar el condón, poniéndoselo al revés o con torpeza)?	f (Hombre)	63	29	38	29	19	178
	%	35.4%	16.3%	21.3%	16.3%	10.7%	100%
	f (Mujer)	96	44	44	22	16	222
	%	43.2%	19.8%	19.8%	9.9%	7.2%	100%
	f (Total)	159	73	82	51	35	400
	%	39.8%	18.3%	20.5%	12.8%	8.8%	100%
¿Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja?	f (Hombre)	69	28	24	31	26	178
	%	38.8%	15.7%	13.5%	17.4%	14.6%	100%
	f (Mujer)	83	38	39	32	30	222
	%	37.4%	17.1%	17.6%	14.4%	13.5%	100%
	f (Total)	152	66	63	63	56	400
	%	38%	16.5%	15.8%	15.8%	14%	100%
¿Si no estuviera seguro de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno?	f (Hombre)	59	24	33	34	28	178
	%	33.1%	13.5%	18.5%	19.1%	15.7%	100%
	f (Mujer)	89	41	45	24	23	222
	%	40.1%	18.5%	20.3%	10.8%	10.4%	100%
	f (Total)	148	65	78	58	51	400
	%	37%	16.3%	19.5%	14.5%	12.8%	100%

Fuente: Priori Beltrán (2018)

En la tabla 6 se observa que el 37.1% de hombres y el 47.7% de mujeres no tendrían temor de ser rechazados por su pareja si le sugieren el uso del condón; el 38.8% de hombres no sentirían vergüenza de ponerse un condón y el 37,4% de mujeres no sentirían vergüenza de poner un condón a su pareja; el 33.1% de hombres y el 40.1% de mujeres si no estuvieran seguros de que su pareja usa condón, le sugerirían usar uno, por lo tanto, los resultados obtenidos en los aspectos del factor 3 (uso del condón con la aprobación de la pareja) reflejan que tanto hombres como mujeres pueden sugerir el uso del condón a su pareja.

Tabla 7. *Nivel de autoeficacia*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel	Muy alto	78	19.5	19.5	20.5
	Alto	82	20.5	20.5	40.8
	Medio	79	19.8	19.8	60.3
	Bajo	81	20.3	20.3	80.3
	Muy bajo	80	20	20	100
	Total	400	100	100	

Fuente: Priori Beltrán (2018)

En la tabla 7 se observa que los resultados entre los distintos niveles de autoeficacia no varían mayormente entre si y aunque el valor no es significativo, existe un porcentaje acumulado de aproximadamente el 43% que se ubican por debajo de la media.

Tabla 8. *Prueba de Kolmogorov-Smirnov utilizada para demostrar normalidad de las variables*

		Colocación del condón	Asertividad sexual	Uso del condón con la aprobación de la pareja	Total
N		400	400	400	400
Parámetros normales ^{a,b}	Media	30.79	15.82	7.74	54.35
	Desviación estándar	13.17	5.73	5.79	18.70
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.119	.094	.096	.124
	Positivo	.096	.077	.096	.077
	Negativo	.119	-.094	-.091	-.124
Estadístico de prueba		.119	.094	.096	.124
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS) para determinar la normalidad de los datos previo al análisis comparativo de hombres y mujeres, ya que esta propuesta de investigación parte de la hipótesis de que Cuenca es una ciudad conservadora y se encuentra marcada por el ejercicio de roles de género distintos, los mismos que impactan en el comportamiento sexual, por lo tanto los hombres que estudian en la Universidad de Cuenca presentan mayor autoeficacia relacionada al uso del preservativo que las mujeres. Los resultados demuestran que la distribución de datos es normal, por lo tanto, se pudo proceder a aplicar la prueba paramétrica T de Student.

Tabla 9. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre hombres y mujeres*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	2.71	.113	-.125	23	.901	-.817	6.51	-14.30	12.66
	No se asumen varianzas iguales			-.158	18.86	.877	-.817	5.19	-11.68	10.05
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	2.11	.159	1.21	23	.238	3.60	2.97	-2.54	9.74
	No se asumen varianzas iguales			1.51	18.54	.147	3.60	2.38	-1.39	8.59
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	2.01	.169	-.743	23	.465	-1.94	2.61	-7.36	3.47
	No se asumen varianzas iguales			-.940	19.21	.359	-1.94	2.06	-6.27	2.38
Total	Se asumen varianzas iguales	3.59	.071	.084	23	.934	.841	10	-19.84	21.53
	No se asumen varianzas iguales			.114	21.95	.910	.841	7.39	-14.50	16.18

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 9 indican que, si bien en el análisis descriptivo se determinó ciertas diferencias entre hombres y mujeres en relación a los componentes de la consistencia para el uso del condón, dichas diferencias no son significativas.

4.5. Análisis comparativo entre áreas de estudio de los resultados obtenidos

Tabla 10. Prueba T de Student: Análisis comparativo entre el área social y el área técnica

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	1.80	.180	2.14	260	.033	3.45	1.61	.279	6.62
	No se asumen varianzas iguales			2.13	255.56	.033	3.45	1.61	.272	6.62
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	1.18	.278	1.99	260	.047	1.41	.707	.017	2.80
	No se asumen varianzas iguales			1.98	252.99	.048	1.41	.709	.013	2.80
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	5.26	.023	-.611	260	.541	-.428	.700	-1.80	.951
	No se asumen varianzas iguales			-.614	255.95	.540	-.428	.698	-1.80	.946
Total	Se asumen varianzas iguales	3.91	.049	1.92	260	.055	4.43	2.29	-.093	8.96
	No se asumen varianzas iguales			1.92	248.18	.056	4.43	2.30	-.112	8.97

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 10 indican que existe diferencia significativa entre los estudiantes de carreras dentro del área técnica y los del área social en la dimensión del uso del condón con la aprobación de la pareja (valor .023). También se puede observar que existe diferencia significativa entre ambas áreas en el total de la escala (valor .049).

Tabla 11. *Estadísticas de grupo (área de estudio técnica y social)*

	Área de estudio	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Colocación del Condón	Social	134	32.20	12.47	1.07
	Técnica	128	28.75	13.59	1.20
Asertividad sexual	Social	134	16.23	5.37	.464
	Técnica	128	14.82	6.06	.536
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Social	134	7.64	6.12	.529
	Técnica	128	8.07	5.15	.455
Total	Social	134	56.08	16.95	1.46
	Técnica	128	51.64	20.18	1.78

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Analizando el resultado de la media los participantes del área técnica tienen mayor capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja que los participantes del área social (valor 8.07). También se observa que los del área social son más consistentes en el uso del condón que los del área técnica (valor 56.08).

Tabla 12. Prueba T de Student: Análisis comparativo entre el área de salud y el área técnica

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	.079	.779	1.54	264	.125	2.53	1.64	-.708	5.78
	No se asumen varianzas iguales			1.53	261.49	.125	2.53	1.65	-.711	5.78
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.048	.827	2.14	264	.033	1.54	.719	.125	2.95
	No se asumen varianzas iguales			2.13	258.56	.033	1.54	.721	.121	2.96
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	4.35	.038	-.782	264	.435	-.541	.692	-1.90	.822
	No se asumen varianzas iguales			-.786	262.04	.432	-.541	.688	-1.89	.813
Total	Se asumen varianzas iguales	.461	.498	1.48	264	.139	3.53	2.38	-1.16	8.24
	No se asumen varianzas iguales			1.47	258.31	.141	3.53	2.39	-1.17	8.25

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 12 indican que existe diferencia significativa entre los estudiantes de carreras del área de salud y los del área técnica en la dimensión del uso del condón con la aprobación de la pareja (valor 0.38).

Tabla 13. *Estadísticas de grupo (área de estudio salud y técnica)*

	Área de estudio	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Colocación del Condón	Salud	138	31.29	13.29	1.13
	Técnica	128	28.75	13.59	1.20
Asertividad sexual	Salud	138	16.36	5.66	.481
	Técnica	128	14.82	6.06	.536
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Salud	138	7.52	6.06	.516
	Técnica	128	8.07	5.15	.455
Total	Salud	138	55.18	18.76	1.59
	Técnica	128	51.64	20.18	1.78

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Analizando el resultado de la media los estudiantes del área técnica tienen mayor capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja que los del área de salud (valor 8.07).

Tabla 14. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre el área social y el área de salud*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	1.19	.275	.583	270	.560	.911	1.56	-2.16	3.99
	No se asumen varianzas iguales			.584	269.68	.560	.911	1.56	-2.16	3.98
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.915	.340	-.196	270	.845	-.130	.669	-1.44	1.18
	No se asumen varianzas iguales			-.196	269.86	.845	-.130	.669	-1.44	1.18
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	.043	.837	.153	270	.879	.112	.738	-1.34	1.56
	No se asumen varianzas iguales			.153	269.57	.879	.112	.739	-1.34	1.56
Total	Se asumen varianzas iguales	1.88	.170	.412	270	.681	.893	2.17	-3.37	5.16
	No se asumen varianzas iguales			.412	268.61	.680	.893	2.16	-3.37	5.15

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 14 indican que no existen diferencias significativas entre los estudiantes del área social y del área de salud.

4.6. Análisis comparativo entre estados civiles de los resultados obtenidos

Tabla 15. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre solteros y casados*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	6.22	.013	-1.26	393	.206	-3.74	2.95	-9.56	2.06
	No se asumen varianzas iguales			-1.59	23.93	.124	-3.74	2.34	-8.59	1.09
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.428	.513	-.352	393	.725	-.454	1.29	-2.99	2.08
	No se asumen varianzas iguales			-.353	22.32	.727	-.454	1.28	-3.12	2.21
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	.252	.616	.582	393	.561	.754	1.29	-1.79	3.29
	No se asumen varianzas iguales			.556	22.07	.584	.754	1.35	-2.05	3.56
Total	Se asumen varianzas iguales	1.59	.208	-.821	393	.412	-3.44	4.20	-11.70	4.81
	No se asumen varianzas iguales			-.913	22.94	.371	-3.44	3.77	-11.26	4.36

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 15 indican que existe diferencia significativa en la dimensión de colocación del condón entre los solteros y los que están casados o en unión libre (valor 0.13)

Tabla 16. *Estadísticas de grupo (estado civil solteros y casados/unión libre)*

	Estado Civil	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Colocación del Condón	Solteros	374	30.53	13.32	.688
	Casados	21	34.28	10.28	2.24
	Unión Libre				
Asertividad sexual	Solteros	374	15.78	5.76	.297
	Casados	21	16.23	5.73	1.25
	Unión Libre				
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Solteros	374	7.75	5.75	.297
	Casados	21	7.00	6.06	1.32
	Unión Libre				
Total	Solteros	374	54.07	18.83	.973
	Casados	21	57.52	16.73	3.65
	Unión Libre				

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Analizando el resultado de la media los casados o en unión libre tienen mayor habilidad para ponerse el preservativo o ponérselo a su pareja correctamente que los que están solteros (valor 34.28).

Tabla 17. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre solteros y divorciados/viudos*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	.370	.543	-1.19	376	.234	-7.96	6.68	-21.10	5.18
	No se asumen varianzas iguales			-1.59	3.11	.205	-7.96	4.98	-23.50	7.58
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.716	.398	-.767	376	.443	-2.21	2.88	-7.89	3.46
	No se asumen varianzas iguales			-1.22	3.17	.303	-2.21	1.80	-7.78	3.35
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	4.03	.045	-.428	376	.669	-1.24	2.91	-6.97	4.48
	No se asumen varianzas iguales			-.259	3.02	.812	-1.24	4.80	-16.47	13.97
Total	Se asumen varianzas iguales	.126	.722	-1.20	376	.228	-11.42	9.46	-30.03	7.18
	No se asumen varianzas iguales			-1.30	3.07	.282	-11.42	8.78	-39.00	16.15

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 17 indican que existe diferencia significativa en la dimensión de uso del condón con la aprobación de la pareja entre los solteros y divorciados o viudos (valor .045).

Tabla 18. *Estadísticas de grupo (estado civil solteros y divorciados/viudos)*

	Estado Civil	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Colocación del Condón	Solteros	374	30.53	13.32	.688
	Divorciados	4	38.50	9.88	4.94
	Viudos				
Asertividad sexual	Solteros	374	15.78	5.76	.297
	Divorciados	4	18.00	3.55	1.77
	Viudos				
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Solteros	374	7.75	5.75	.297
	Divorciados	4	9.00	9.59	4.79
	Viudos				
Total	Solteros	374	54.07	18.83	.973
	Divorciados	4	65.50	17.46	8.73
	Viudos				

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Analizando el resultado de la media los divorciados o viudos tienen mayor capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja que los solteros (valor 38.50).

Tabla 19. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre casados/unión libre y divorciados/viudos*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	.245	.625	-.755	23	.458	-4.21	5.58	-15.76	7.33
	No se asumen varianzas iguales			-.776	4.33	.478	-4.21	5.42	-18.83	10.40
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.231	.636	-.587	23	.563	-1.76	3.00	-7.96	4.44
	No se asumen varianzas iguales			-.810	6.46	.447	-1.76	2.17	-6.99	3.47
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	3.14	.089	-.553	23	.586	-2.00	3.61	-9.48	5.48
	No se asumen varianzas iguales			-.402	3.47	.711	-2.00	4.97	-16.68	12.68
Total	Se asumen varianzas iguales	.037	.849	-.869	23	.394	-7.97	9.18	-26.96	11.01
	No se asumen varianzas iguales			-.843	4.12	.446	-7.97	9.46	-33.95	17.99

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 19 indican que no existen diferencias significativas entre casados y en unión libre con los divorciados y viudos.

4.7. Análisis comparativo entre sujetos que tienen pareja y los que no de los resultados obtenidos

Por último se realizó un análisis comparativo entre aquellos sujetos que tienen pareja y los que no.

Tabla 20. *Prueba T de Student: Análisis comparativo entre sujetos con pareja y los que no tienen pareja*

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Colocación del Condón	Se asumen varianzas iguales	2.77	.097	3.25	398	.001	4.33	1.33	1.71	6.94
	No se asumen varianzas iguales			3.32	357.78	.001	4.33	1.30	1.76	6.89
Asertividad sexual	Se asumen varianzas iguales	.625	.430	2.40	398	.017	1.39	.582	.252	2.54
	No se asumen varianzas iguales			2.44	354.49	.015	1.39	.572	.271	2.52
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Se asumen varianzas iguales	1.03	.311	-1.14	398	.253	-.679	.592	-1.84	.486
	No se asumen varianzas iguales			-1.13	328.63	.256	-.679	.596	-1.85	.494
Total	Se asumen varianzas iguales	5.31	.022	2.66	398	.008	5.05	1.89	1.31	8.78
	No se asumen varianzas iguales			2.75	372.94	.006	5.05	1.83	1.44	8.65

Fuente: Priori Beltrán (2018)

Los resultados de la tabla 20 indican que existe una diferencia significativa entre ambos en el total de la escala (valor 0.22).

Tabla 21. *Estadísticas de grupo (sujetos con pareja y sin pareja)*

	¿Actualmente tiene pareja?	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Colocación del Condón	Si	158	33.41	12.25	.974
	No	242	29.07	13.48	.867
Asertividad sexual	Si	158	16.67	5.41	.430
	No	242	15.27	5.87	.377
Uso del condón con la aprobación de la pareja	Si	158	7.32	5.89	.469
	No	242	8.00	5.72	.368
Total	Si	158	57.41	16.62	1.32
	No	242	52.35	19.72	1.26

Fuente: Priori Beltrán (2018)

El resultado de la media indica que los que tienen pareja son más consistentes en el uso del condón que los que no tienen pareja (valor 57.41).

Por lo expuesto se concluye que aunque las diferencias entre hombres y mujeres no fueron significativas en el análisis inferencial, en el análisis descriptivo se evidencia ciertas diferencias entre ambos fundamentalmente en el factor 1 de colocación del condón, pero estas diferencias no sustentan la hipótesis del estudio de que Cuenca es una ciudad conservadora y se encuentra marcada por el ejercicio de roles de género distintos, los mismos que impactan en el comportamiento sexual por tal motivo los hombres que estudian en la Universidad de Cuenca presentan mayor autoeficacia relacionada al uso del preservativo que las mujeres.

Discusión

Este estudio buscó determinar los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca. También se pretendió conocer la habilidad que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca para hacer uso del preservativo, su capacidad para negociar el uso de preservativo con la pareja y el nivel de autoeficacia relacionado al uso de preservativo entre hombres y mujeres.

Al realizar un análisis descriptivo se encontraron ciertas diferencias entre hombres y mujeres en relación a los componentes relacionados con la habilidad para el uso del condón; aunque en el análisis inferencial algunas de estas diferencias no son significativas, es importante discutir las con lo mencionado por distintos autores en torno a la autoeficacia en el uso del preservativo.

Los resultados demuestran diferencias entre hombres y mujeres en la dimensión uno que apunta a determinar la habilidad para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja correctamente, existiendo una coincidencia con lo expuesto por Viteri (2014) quien menciona que debido a la desigualdad de poder en el modelo de género tradicional, la sexualidad masculina se caracteriza como naturalmente incontrolable, insaciable y agresiva, por lo que se espera que los varones tengan una iniciación sexual temprana, el control sobre la sexualidad femenina, la realización de proezas sexuales, la conquista de múltiples parejas y el que este siempre dispuesto a tener relaciones sexuales, en cambio para las mujeres las normas de género incluyen la “inocencia” sexual, la ignorancia, la inexperiencia, la pasividad, la reproducción, la sumisión y la dedicación al cuidado de la familia y el hogar. Así, los resultados aquí expuestos pueden estar influenciados por estas diferencias de género.

En este estudio también se observa que un alto porcentaje de mujeres siente vergüenza de comprar condones a diferencia de los hombres, esta diferencia se relaciona con lo mencionado por (Sevilla, 2008) quien explica que en nuestra sociedad la mayoría de mujeres aún sienten temor de portar preservativos porque podrían ser juzgadas por su pareja. De hecho en un estudio etnográfico con jóvenes hombres y mujeres se encontró que los varones tienen mayor respaldo social, cultural y de género en cuanto a portar o cargar un preservativo, o para hablar abiertamente de preservativos, a diferencia de las mujeres, en las que se les tiende a juzgar fuertemente por los mismos hechos.

En lo referente a los resultados de la dimensión dos que apunta a medir la habilidad para persuadir a la pareja acerca del uso del preservativo, Robles (2006) indica que en las mujeres, su rol dentro de la sociedad y al trato que reciben, afectan directamente la toma de decisiones en el terreno sexual, causando que muchas de ellas no puedan pedir a sus compañeros que usen preservativo. Por otra parte Gonzales et al. (2007) consideran que a las mujeres a diferencia de los hombres generalmente no se las motiva para que tomen decisiones respecto a la elección de sus parejas sexuales, para que negocien con sus compañeros el momento y la naturaleza de la actividad sexual, o para que se protejan de un embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual, estas teorías se contrastan con los resultados de este estudio ya que los mismos reflejan que tanto hombres como mujeres tienen asertividad para negociar el uso del condón.

Con respecto a la dimensión tres que apunta a medir la capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja, los resultados reflejan que tanto hombres como mujeres pueden sugerir el uso del condón a su pareja, lo que coincide con lo expuesto por Pérez et al. (2009) quienes afirman que poseer destrezas de comunicación en la relación de pareja está positivamente relacionado con el uso del preservativo. No tener, o percibir que no se tiene, la habilidad para usar el preservativo como algo divertido, erótico y placentero, tener una actitud negativa hacia su uso, y no mostrar las destrezas necesarias para convencer a la pareja sexual para utilizarlo, se ha asociado con una baja frecuencia de su uso.

Por lo tanto se puede concluir que en las teorías revisadas existen diferencias de género en lo que respecta a la negociación del uso del condón con la pareja, mientras que en el presente estudio en el análisis descriptivo no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en esa dimensión, pero si se encontraron diferencias entre ambos en la dimensión de colocación del condón.

Más allá de las diferencias entre hombres y mujeres, en este estudio se compararon resultados tomando en cuenta otra variable demográfica, misma que estuvo relacionada al área de formación profesional. En este sentido se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia del uso del preservativo entre los estudiantes de carreras dentro del área social y el área de salud con los del área técnica. Estas diferencias podrían estar explicadas debido a que los estudiantes del área de salud y social tienen más acceso al conocimiento del funcionamiento del ser humano y la sexualidad.

Otra variable demográfica que fue sometida a comparación fue el estado civil de los participantes. En ese sentido se encontró que los solteros tienen menor habilidad para

ponerse el preservativo o ponérselo a su pareja correctamente que los que están casados o en unión libre y también se encontró que los que tienen pareja, son más consistentes en el uso del condón que los que no tienen pareja. Estos resultados contrastan con lo mencionado por Pérez et al. (2009) quienes afirman que los sujetos que están en relaciones estables, usan métodos de protección con menor consistencia que quienes tienen parejas casuales. Además Fernández et al. (2008) encontraron que existe un uso menos constante del preservativo entre los jóvenes con la pareja habitual, lo que se podría explicar por la falsa sensación de seguridad afianzada en la “confianza” que sostiene implícitamente las relaciones de pareja estables, situación que hace que el uso continuo del preservativo se convierta en un elemento que puede generar conflicto y desconfianza entre los miembros de la pareja.

Limitaciones del estudio

Los resultados del estudio deben tomarse con cautela y no pueden generalizarse a poblaciones de la misma edad que no estén cursando la universidad debido a que el nivel de conocimientos sobre sexualidad y uso del preservativo no va a ser el mismo, lo que podría aportar resultados diferentes a los obtenidos en este estudio. Se sugiere que, para llevar a cabo otros estudios similares, se tome en consideración el factor cultural, debido a que Cuenca Ecuador en donde se llevó a cabo este estudio, es una ciudad conservadora en la cual aún está arraigado el patriarcado y la desigualdad entre hombres y mujeres sigue siendo visible en distintos ámbitos.

Conclusiones

- Los resultados del estudio contribuyen a reconocer que algunos aspectos son considerados como predictores del uso o de la intención de usar el preservativo entre los jóvenes. Entre ellos estarían las actitudes positivas de hablar sobre prevención en el comportamiento sexual, la autoeficacia percibida, la conciencia del riesgo de contaminación por ITS/SIDA y la confianza hacia la pareja.
- Las y los estudiantes de la Universidad de Cuenca presentan porcentajes similares de autoeficacia en la dimensión dos (asertividad sexual) y la dimensión tres (uso del condón con la aprobación de la pareja).
- Existe un porcentaje acumulado de aproximadamente el 43% de los estudiantes que se ubican por debajo de la media del nivel de autoeficacia para el uso del preservativo, aunque no es un valor muy alto es preocupante que un porcentaje cercano a la mitad en la universidad presenten inconsistencias para el uso del preservativo.
- Existen diferencias entre los hombres y las mujeres que estudian en la Universidad de Cuenca con respecto a la autoeficacia relacionada con la habilidad para colocar el preservativo, aunque algunas de estas diferencias no fueron significativas, fue importante considerarlas en el análisis, porque se evidencia que aún vivimos dentro de una sociedad en donde prima el patriarcado y persisten relaciones de poder, situación que conlleva a que generalmente la negociación en el terreno sexual dependa de los hombres, quienes gozan de mayor respaldo social y cultural para vivir su sexualidad libremente.
- La autoeficacia está relacionada con la adquisición de hábitos y con la experiencia, por ende los que tienen una pareja estable y hacen uso frecuente del preservativo van a tener mayor autoeficacia para su uso.

- Existen diferencias significativas en la autoeficacia del uso del preservativo entre los estudiantes de carreras dentro del área social y el área de salud con los del área técnica, diferencias que están dadas porque los estudiantes del área de salud y social tienen mayor conocimiento sobre la sexualidad humana lo que les permite adquirir estrategias asertivas de comunicación y de prevención de conductas de riesgo, mismas que van a influenciar en su autoeficacia para hacer uso del preservativo.

Recomendaciones

- Trabajar en programas de intervención en el ámbito de la salud sexual de los jóvenes y adolescentes para la prevención de conductas de riesgo con un enfoque de género, que permita psicoeducar a los jóvenes en la igualdad de derechos y así romper muchos estereotipos de género que aun siguen provocando temores en las mujeres para poder expresar su sexualidad libremente.
- Implementar y aplicar dentro de la metodología para abordar temas de educación sexual el entrenamiento en habilidades conductuales para el uso correcto del preservativo ya que muchos jóvenes dicen usar consistentemente el preservativo pero no lo usan de manera correcta, lo que trae como consecuencia exposiciones a consecuencias no esperadas como un embarazo no planificado o una alta probabilidad de contagiarse de ITS.
- Los programas de intervención deben impartir los conceptos de asertividad y negociación, mismos que permitan a los jóvenes adquirir habilidades relacionadas con la negociación del uso del preservativo ya que la disminución de conductas de riesgo necesita algo más que la propia habilidad conductual para usar correctamente el preservativo.

Referencias consultadas

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W H Freeman.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar* .
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Brafford, L., & Beck, K. (1991) Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health* , 219–225.
- Olivari, C., & Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería XIII* , 9-15.
- Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 21-43.
- Pérez, D., Rivas, M., & Serrano, I. (2009). Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales. *NIH MedlinePlus Salud* , 1-21.
- Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E., & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de psicología* , 76-82.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico* , 117-123.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Reina, M., Oliva, A., & Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education* , 55-69.
- Salanova, M., Grau, R., & Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* , 390-395.
- Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., & Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 481-494.
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D., & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud* , 103-109.
- Caballero, M., Camargo, F., & Castro, B. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS* , 257-262.
- Rodríguez, A., & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública* , 1-9.

Gayón, E., Hernández, H., Soto, S., & Lombardo, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecología y Obstetricia de México* , 88-96.

García, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research* , 79-87.

Fernández, M., Faílde, J., Bimbela, J., & Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología* , 401-415.

Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., y otros. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología* , 60-71.

Teva, I., Bermúdez, M., & Ramiro, M. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 127-136.

González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica Chile* , 1261-1269.

Bluter, J. (2006). *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós.

Casares, A. (2006). *Antropología del Género: culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Viteri, A. (2014). *Niñez excluída en el Ecuador contemporáneo*. Quito: SENPLADES.

García, E., Menéndez, E., García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema* , 606-612.

Goncalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología* , 161-166.

Sevilla, T. (2008). "Sexo inseguro" Un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 257-294.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.

Murillo, F., Donat, F., Colomer, J., Pla, E., Sánchez, A., Sarabia, S., y otros. (2014). Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. *Revista Iberoamericana de Psicología* , 62-78.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad Humana Tomo 1*. Grijalbo.

Hernández, A., & López, M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de enfermería* .

Cruz, J., Yanes, M., Isla, A., Hernández, P., & Turcios, S. (2007). Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. *Revista Cubana de Medicina General Integral* .

Chacón, T., Corrales, D., Garbanzo, D., Gutiérrez, J., Hernández, A., Lobo, A., y otros. (2009). ITS y Sida en adolescentes: descripción, prevención y marco legal . *Medicina Legal de Costa Rica* , 79-98.

Prieto, L. (2007). *Autoeficacia del profesor universitario*. Madrid: NARCEA, S.A. DE EDICIONES .

Lameiras, M., Nuñez, A., Carrera, M., & Rodríguez, Y. (2007). Conducta sexual y uso del preservativo masculino en una muestra de jóvenes universitarios gallegos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* , 49-56.

Herrera, G., & Rodríguez, L. (2007). *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva*. Obtenido de <http://www.flasco.org.ec/docs/samasherrera.pdf>.

INEC. (2010). Estructura de población de la Provincia de Esmeraldas. Resultados del censo 2010 de población y vivienda del Ecuador.

Olmedo, B., González, H., Delgado, I., Mora, A., Cadenas, J., & Montero, S. (2012). Frecuencia de infección por VIH/sida en usuarios de preservativo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* , 480-489.

García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M., & Mesquia, E. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud . *Revista Cubana de Medicina* , 2-7.

Camacho, D., & Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe Colombiana. *Hacia la promoción de la salud* , 54-67.

Bermúdez, M., Herencia, A., & Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información- motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 587-598.

Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón . *Anales de Psicología* , 60-71.

Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: Retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 21-43.

Caballero, M., Camargo, F., & Castro, B. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS* , 257-262.

Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2011). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 481-494.

Hernandez, A., & López, M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de enfermería* .

Iglesias, P., & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 553-577.

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN SEXUAL

A. DATOS GENERALES:

- **TÍTULO:** Niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo de estudiantes de la Universidad de Cuenca.
- **NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE:** Pamela Michelle Priori Beltrán

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.- Antecedentes, justificación y objeto de estudio:

Tomando como base las diferentes perspectivas teóricas que explica la exposición a conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH, está la teoría de Bandura (1994). Este autor propuso que la conducta está mediada por un proceso de evaluación cognitiva en el cual las personas integran conocimientos, expectativas de resultados, estados emocionales, influencias sociales y experiencias pasadas, de forma que crean una estimación de su habilidad para afrontar una determinada situación. Por lo tanto, que una persona utilice el preservativo, no sólo dependerá de los recursos que disponga para utilizarlo, sino también de la percepción de sí misma como capaz de controlar su propio comportamiento (Ballester, Gil-Ilario, & Giménez-garcía, 2013).

Por su parte la evidencia científica existente, ha demostrado que las personas que utilizan preservativo consistentemente durante las relaciones sexuales, reportan mayores niveles de autoeficacia para negociar su uso en comparación con quienes lo utilizan de manera esporádica o inconsistente. Este hecho además parece estar también relacionado al tipo de relación de pareja, puesto que quienes están en relaciones estables, usan métodos de protección con menor frecuencia de quienes tienen parejas casuales (Pérez, Rivas, & Serrano, 2009).

En lo que respecta a adolescentes y adultos jóvenes, un estudio realizado por Camacho y Pabón (2014) encontró que estos grupos etarios se encuentran especialmente en riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual, exponiéndose a múltiples parejas sexuales y coito sin protección.

Este hecho también explica la prevalencia de embarazos no deseados, con sus serias consecuencias sociales de deserción escolar, abortos, madres solteras y prostitución. Esta problemática se vincula a su tendencia a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales destacan el comienzo precoz actividad sexual, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas, el poco conocimiento de su sexualidad, la escasa información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, la inconsistencia en el uso del condón debido a sus bajos niveles de autoeficacia y el desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual y su prevención.

Además este mismo estudio demostró desigualdades de género en el uso del preservativo. Mientras un aproximado del 70% de hombres jóvenes con múltiples parejas sexuales usaron preservativo en los últimos 12 meses, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años el resultado fue del 43%, y del 30% en mujeres de 20 a 24 años. En países como Colombia, el preservativo es el método más conocido pero solamente el 7% de las mujeres lo usan, ya que la tasa de discontinuidad de su uso es una de las mayores por distintas razones, tales como que el 7,7% quedaron embarazadas mientras lo usaban, el 10% deseaban quedar embarazadas, el 25,5% tenían sexo poco frecuente, el 21,7% deseaban cambiarse a un método más efectivo, 6% consideraban que era incómodo de usar, el 1,8% porque era muy costoso, entre otras (Camacho & Pabón, 2014).

El objeto de estudio de esta propuesta de investigación son los jóvenes de la Universidad de Cuenca, debido a que según datos del Departamento de Bienestar Estudiantil, existen muchos estudiantes dentro de la Universidad que han sido padres y madres a edades muy tempranas, situación que dificulta el desempeño como estudiantes y predispone al abandono de sus estudios, también se debe considerar que las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes y jóvenes constituyen un serio problema de salud, lo que está relacionado con su comportamiento sexual, por lo que es importante conocer sus niveles de autoeficacia en relación al uso del preservativo.

Debido a la importancia que tiene la autoeficacia para el uso del preservativo, se considera pertinente realizar esta investigación, para de esta forma, contribuir a la construcción de una línea base que aporte a los diferentes planes de acción que se realicen con los estudiantes.

2. Formulación del problema de investigación, preguntas de investigación e hipótesis

La autoeficacia relacionada al uso del preservativo ha demostrado efectos directos en la salud sexual y reproductiva. De acuerdo a García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia (2006) las infecciones de transmisión sexual, y de manera especial, el VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes constituyen un serio problema de salud, y el riesgo de padecerlas está relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, por ejemplo, el cómo utilizan el preservativo. De hecho, se encontraron cifras alarmantes en las que el 30% de las personas nunca han usado preservativo frente a un 49% que lo han usado ocasionalmente. Las principales causas argumentadas para no usarlo, fueron expresar que resultaba incómodo y que no le gustaba a su pareja.

Como consecuencia de la problemática alrededor del uso del preservativo, en la última década se ha producido un incremento de estudios sobre los factores de riesgo para el contagio de VIH en la población adolescente. Dichos resultados indican por ejemplo, que el 17% de las infecciones se dan en el segundo decenio de la vida (entre los 10 y los 19 años), y otras evidencias indican que el 50% de los nuevos casos de infecciones se producen en jóvenes menores de 25 años y el 25% en menores de 22 (Bermúdez, Herencia & Uribe, 2009).

Por otra parte, distintos autores llevaron a cabo estudios en los que evaluaron, a través de la observación directa, la habilidad conductual para colocar y retirar un condón masculino utilizando un pene de enseñanza y encontraron que quienes reportan usarlo consistentemente, cometen errores que pueden poner en riesgo su salud sexual. Esto sugiere que quienes reportan usar el condón igualmente podrían tener una relación sexual no protegida al no tener la habilidad para usarlo correctamente. Esto es, las personas que dicen usar el condón, al ser evaluados, no lo usaron correctamente, lo que documenta una discrepancia entre el “decir” y el “hacer” en lo que respecta al uso del preservativo (Robles, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2006).

Los estudios llevados a cabo en temáticas relacionadas al uso del preservativo, sugieren algunas opciones para futuras investigaciones e intervenciones. Por ejemplo, Uribe, Amador,

Zacarías y Villarreal (2011) sugieren que las mujeres y los hombres tienen roles social y culturalmente contruidos, los cuales influyen en su comportamiento sexual, por lo que sugieren que se deben desarrollar programas de promoción en sexualidad sana o conducta sexual segura enfocados en promocionar el uso correcto del preservativo con estrategias diferentes para hombres y para mujeres.

Por otra parte, la autoeficacia parece estar también influenciada por la capacidad de los miembros de la pareja para su negociación. El término “negociar” se refiere a la capacidad para identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo, y llegar a un acuerdo. La negociación en el terreno de las relaciones afectivas requiere que ambos miembros de una pareja se perciban a sí mismos en igualdad de derechos. Sin embargo, esta es una cuestión que se torna difícil por las relaciones de poder que ocurren en el contexto de ciertas culturas, sobre todo aquellas caracterizadas por una doble moral que establece diferentes derechos y libertades para hombres y mujeres (Robles, Moreno, Rodríguez, & Barroso, 2006).

Debido a la importancia que tiene la autoeficacia en el uso del preservativo, y a lo necesario que se torna el conocer la realidad de jóvenes estudiantes universitarios, la presente propuesta de investigación pretende responder a la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son los niveles de autoeficacia que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca y cómo se relaciona esto con el uso de preservativo?

Además sobre la base de estudios previos que demuestran que el uso del preservativo parece estar influenciado por las relaciones de poder que ocurren en el contexto de ciertas culturas, esta propuesta de investigación parte de la siguiente hipótesis:

- Debido a que Cuenca es una ciudad conservadora y se encuentra marcada por el ejercicio de roles de género distintos, los mismos que impactan en el comportamiento sexual, los hombres que estudian en la Universidad de Cuenca presentan mayor autoeficacia relacionada al uso del preservativo que las mujeres.

3.- Objetivos:

a. Objetivo general:

- Determinar los niveles de autoeficacia y su relación con el uso del preservativo que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca.

b. Objetivos específicos:

- Establecer la habilidad que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca para hacer uso del preservativo.
- Identificar la capacidad para negociar el uso de preservativo con la pareja.
- Comparar el nivel de autoeficacia relacionado al uso de preservativo entre hombres y mujeres.

4.- Marco teórico:

Autoeficacia:

La autoeficacia ha sido definida precisamente como “la creencia que el ser humano tiene en la capacidad de desarrollar cursos de acción que se requieren para alcanzar logros” (Bandura, 1997, p. 37). Esa creencia está influenciada por los éxitos o fracasos que uno/a haya tenido en la vida, el modelaje que haya recibido, la persuasión verbal, las influencias sociales, y los estados fisiológicos y afectivos.

Distintos autores afirman que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento. Por otro lado, distinguen en que algunas personas señalan la autoeficacia como confianza, como habilidad, como capacidad que se siente, y como creencia que se tiene (Noboa & Serrano, 2006).

La persuasión verbal se refiere a que una persona crea y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que otras personas le dicen. Se relaciona con la retroalimentación positiva (“Tú puedes hacerlo”, “Confío en que lo lograrás”) por parte de ellos, lo que puede aumentar la autoeficacia de esa persona. De acuerdo con Maddux (1995), la efectividad de la persuasión verbal depende de factores tales como qué tan experta, digna de confianza y atractiva es percibida la persona que trata de persuadir (Canto, 1998).

Impactos de la autoeficacia en el comportamiento sexual:

Se ha encontrado que la autoeficacia influye en varios aspectos del comportamiento del ser humano, como por ejemplo: 1) implantar un comportamiento deseado; 2) generar y mantener la motivación que se requiere para lograr y mantener ese comportamiento; 3) el proceso mental involucrado al implantar el comportamiento; y 4) las emociones experimentadas al ejecutar el comportamiento o al anticipar sus resultados (Noboa y Serrano, 2006).

Pérez, Rivas y Serrano (2009) indican que se ha encontrado que una persona que muestra confianza en sus habilidades para controlar su entorno y negociar actividades sexuales de menor riesgo, tiene mayores posibilidades de que la conducta de menor riesgo se lleve a cabo. Por otro lado, poseer destrezas de comunicación en la relación de pareja está positivamente relacionado con el uso del preservativo. No tener, o percibir que no se tiene, la habilidad para usar el preservativo como algo divertido, erótico y placentero, tener una actitud negativa hacia su uso, y no mostrar las destrezas necesarias para convencer a la pareja sexual para utilizarlo, se ha asociado con una baja frecuencia de su uso.

El uso adecuado del preservativo constituye un medio eficaz demostrado para prevenir la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como para evitar el embarazo; sin embargo se ha detectado que existe falta de conocimientos e información adecuada en los adolescentes sobre los efectos protectores de los preservativos, así como su uso correcto (Caballero, Camargo, & Castro, 2011).

Diferencias de género en el ejercicio de la autoeficacia:

Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2011) identificaron que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la edad del debut sexual y a la cantidad de parejas sexuales durante la adolescencia y la juventud; estos estudios coinciden en que los hombres inician a más temprana edad la actividad sexual, y son quienes reportan mayor número de parejas sexuales en comparación con las mujeres; y en la mayoría de los casos, el uso del condón es inconsistente. También se han reportado diferencias de género en la percepción de

susceptibilidad frente el VIH/Sida debido a que las mujeres tienen mayor percepción del riesgo de adquirir la enfermedad que los hombres. Por tanto plantean la posibilidad de que los hombres, a diferencia de las mujeres, presenten más conductas de riesgo tales como tener relaciones sexuales sin protección, y en consecuencia mayor predisposición de adquirir alguna ITS.

Las diferencias en el género relacionadas con las prácticas sexuales riesgosas y las percepciones del uso del preservativo, fueron analizadas también por Sevilla (2008) en un estudio etnográfico con jóvenes hombres y mujeres, en donde encontró que los jóvenes varones tienen mayor respaldo social, cultural y de género en cuanto a portar o cargar un condón, o en cuanto a hablar abiertamente del tema, a diferencia de las mujeres, en las que se les tiende a juzgar fuertemente por los mismos hechos.

En el ámbito de la sexualidad y desde una perspectiva sociocultural, para Foucault la sexualidad, las relaciones sexuales y el sexo, implican también relaciones de poder y de control. Desde esta perspectiva la sexualidad es un elemento en el que convergen diversos conceptos socialmente trascendentes, que implican de alguna forma el control sobre las decisiones de las personas respecto a su sexualidad. El poder según Foucault no aplicaría al sexo más que una ley de prohibición (Foucault, 1977).

5.- Metodología:

Enfoque de investigación: cuantitativo, transversal.

Tipo de estudio: descriptivo, comparativo.

Universo: estudiantes de la Universidad de Cuenca.

La Universidad de Cuenca es una universidad pública, fue creada el 15 de octubre de 1867, tiene su sede en la capital de la provincia del Azuay, a su vez cabecera de la región centro-sur del Ecuador, es una institución con reconocimiento nacional e internacional por su excelencia en docencia con investigación y vinculación con la colectividad, está comprometida con los planes de desarrollo regional y nacional e impulsa y lidera un modelo de pensamiento crítico en la sociedad. Actualmente cuenta en su mayoría con estudiantes de la ciudad de Cuenca, pero por su excelencia educativa tiene muchos estudiantes provenientes de otras provincias del país, tiene un total de 12 facultades que se dividen en 52 carreras y cuenta con un número de 10.000 estudiantes aproximadamente.

Muestra: debido a que la Universidad de Cuenca está compuesta por 52 carreras el tipo de muestreo será el muestreo Aleatorio Estratificado (MAE) con la posibilidad de reposición en caso de que algún participante abandone el estudio porque decida suspender el llenado del cuestionario.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Ser estudiante de pregrado de la Universidad de Cuenca.
- Estudiantes que tengan entre 18 y 25 años de edad.
- Estudiantes que manifiesten su deseo de participar mediante la firma de consentimiento informado.

Exclusión:

- Estudiantes menores de 18 años y mayores a 25 años.
- Estudiantes que manifiesten que no desean participar en el estudio.

Técnica: escala validada.

Instrumentos: se va a utilizar la “Escala para la Autoeficacia del uso del condón”, CUSES (por sus siglas en inglés), la misma que fue adaptada y validada para medir la autoeficacia en el uso del condón por Brafford y Beck (1991).

El CUSES toma como base el marco teórico de la autoeficacia, el mismo que sustenta el desarrollo de sus sub-escalas. El CUSES tiene 24 ítems ordenados de menor a mayor complejidad destinados a medir la auto-eficacia en el uso del preservativo en mujeres y hombres. Las variables que analiza son:

- Colocación del condón masculino: habilidad para ponerse el condón o ponérselo a la pareja correctamente. Esta variable se mide con los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22.
- Uso del preservativo con la aprobación de la pareja: capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja. Esta variable se mide con los ítems 9, 10, 16, 17 y 18.
- Asertividad Sexual: habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. Esta variable se mide con los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 23 y 24.

Tipo de análisis de la información: descriptivo.

Se realizará un análisis descriptivo en el programa estadístico SPSS de los datos obtenidos en las encuestas, primero se tabularán los datos en el programa, para luego proceder a obtener distintos datos estadísticos como son: media, mediana, frecuencia y moda, con esos datos se realizará un estudio comparativo mediante dos pruebas estadísticas paramétricas: 1) el análisis del coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal, que va a permitir relacionar los resultados obtenidos de hombres y de mujeres; y 2) la prueba t que va a permitir evaluar si las respuesta de los grupos de hombres y mujeres difieren entre sí de manera significativa.

Estos análisis van a permitir comprobar si la hipótesis propuesta en el estudio de que los hombres que estudian en la Universidad de Cuenca presentan mayor auto-eficacia relacionada con el uso del preservativo que las mujeres, es afirmativa o negativa.

Variables dependientes e independientes.

Dependiente: autoeficacia.

Independientes: sexo, habilidad para utilización de preservativo y capacidad de negociación.

Operalización de variables:

Variable	Concepto o dimensiones	Indicadores (ítems del instrumento)
Sexo	Se refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales	Preguntas sociodemográficas
Habilidad	Es la capacidad y destreza para realizar algo, que se obtiene en forma innata, o se adquiere o perfecciona, en virtud del aprendizaje y la práctica	Ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22.
Negociación	Capacidad para identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas para solucionarlo y llegar a un acuerdo	Ítems 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 23 y 24.

Aspectos éticos: previo a la toma de datos de la presente investigación, los participantes confirmarán su voluntad de participación mediante la firma de un consentimiento informado.

6.- Esquema tentativo:

Dedicatoria
Agradecimientos
Índice de Contenidos
Índice de Anexos
Resumen
Abstract

Introducción

Capítulo I

1. Auto-eficacia y Preservativo

- 1.1. Introducción
- 1.2. Teoría de la Auto-eficacia de Bandura
- 1.3. Eficacia del preservativo y conceptos básicos
- 1.4. Escala para medir la auto-eficacia en el uso del condón de Brafford y Beck

Capítulo II

2. Conductas de riesgo y enfoque de género

- 2.1 Introducción
- 2.2. Uso del preservativo entre los jóvenes
- 2.3. Roles de género

Capítulo III

3. Metodología

- 3.1 Enfoque de Investigación
- 3.2 Tipo de estudio
- 3.3 Universo
- 3.4 Muestra
- 3.5 Criterios de inclusión y exclusión
- 3.6 Técnica
- 3.7 Instrumentos
- 3.8 Tipos de análisis de la información empleados

Capítulo IV

4. Resultados

- 4.1. Análisis estadístico.
- Discusión.
- Conclusiones y recomendaciones.
- Referencias Bibliográficas.
- Anexos.

7.- Cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	TIEMPO (meses)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presentación del diseño de tesis	X	X	X							
Recolección y organización de la información			X	X	X	X				
Análisis de la información			X	X	X	X				
Integración de la información de acuerdo a los objetivos				X	X	X	X			
Redacción del informe final							X	X	X	
Impresión y anillado del trabajo										X

Referencias Bibliográficas

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W H Freeman.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar* .
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería XIII* , 9-15.
- Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 21-43.
- Pérez, D., Rivas, M., & Serrano, I. (2009). Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales. *NIH MedlinePlus Salud* , 1-21.
- Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E., & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de psicología* , 76-82.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico* , 117-123.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Reina, M., Oliva, A., & Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education* , 55-69.
- Salanova, M., Grau, R., & Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* , 390-395.
- Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., & Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 481-494.
- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, I., Moreno, D., & Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud* , 103-109.
- Caballero, M., Camargo, F., & Castro, B. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS* , 257-262.
- Rodríguez, A., & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública* , 1-9.
- Gayón, E., Hernández, H., Soto, S., & Lombardo, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecología y Obstetricia de México* , 88-96.
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research* , 79-87.
- Fernández, M., Failde, J., Bimbela, J., & Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología* , 401-415.

- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., y otros. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología* , 60-71.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Ramiro, M. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 127-136.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V., & Leyton, C. (2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista Médica Chile* , 1261-1269.
- Bluter, J. (2006). *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós.
- Casares, A. (2006). *Antropología del Género: culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Viteri, A. (2014). *Niñez excluida en el Ecuador contemporáneo*. Quito: SENPLADES.
- García, E., Menéndez, E., García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema* , 606-612.
- Goncalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología* , 161-166.
- Sevilla, T. (2008). "Sexo inseguro" Un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas . *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 257-294.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Murillo, F., Donat, F., Colomer, J., Pla, E., Sánchez, A., Sarabia, S., y otros. (2014). Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. *Revista Iberoamericana de Psicopatología* , 62-78.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad Humana Tomo 1*. Grijalbo.
- Hernández, A., & López, M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de enfermería* .
- Cruz, J., Yanes, M., Isla, A., Hernández, P., & Turcios, S. (2007). Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. *Revista Cubana de Medicina General Integral* .
- Chacón, T., Corrales, D., Garbanzo, D., Gutiérrez, J., Hernández, A., Lobo, A., y otros. (2009). ITS y Sida en adolescentes: descripción, prevención y marco legal . *Medicina Legal de Costa Rica* , 79-98.
- Prieto, L. (2007). *Autoeficacia del profesor universitario*. Madrid: NARCEA, S.A. DE EDICIONES .
- Lameiras, M., Nuñez, A., Carrera, M., & Rodríguez, Y. (2007). Conducta sexual y uso del preservativo masculino en una muestra de jóvenes universitarios gallegos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* , 49-56.
- Herrera, G., & Rodríguez, L. (2007). *Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva*. Obtenido de <http://www.flacso.org.ec/docs/samasherrera.pdf>.

INEC. (2010). Estructura de población de la Provincia de Esmeraldas. Resultados del censo 2010 de población y vivienda del Ecuador.

Olmedo, B., González, H., Delgado, I., Mora, A., Cadenas, J., & Montero, S. (2012). Frecuencia de infección por VIH/sida en usuarios de preservativo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* , 480-489.

García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M., & Mesquia, E. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud . *Revista Cubana de Medicina* , 2-7.

Camacho, D., & Pabón, Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe Colombiana. *Hacia la promoción de la salud* , 54-67.

Bermúdez, M., Herencia, A., & Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 587-598.

Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón . *Anales de Psicología* , 60-71.

Noboa, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociacion sexual: Retos para la prevencion de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 21-43.

Caballero, M., Camargo, F., & Castro, B. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS* , 257-262.

Uribe, J., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2011). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 481-494.

Hernandez, A., & López, M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de enfermería* .

Iglesias, P., & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 553-577.

Anexo 2

Versión en español de la escala para medir la auto-eficacia en el uso del condón de Brafford y Beck (1991)

Datos demográficos:

Sexo: M ☐ F ☐

Edad: _____

La escala adaptada para medir la auto-eficacia en el uso del condón (CUSES en sus siglas en inglés) de Brafford y Beck toma como base el marco teórico de la auto-eficacia, el mismo que sustenta el desarrollo de sus sub-escalas. El CUSES tiene 24 ítems ordenados de menor a mayor complejidad destinados a medir la auto-eficacia en el uso del preservativo en mujeres y hombres. Tiene cinco opciones de respuesta que se dividen en: completamente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y en completo desacuerdo.

El tiempo aproximado para responder el cuestionario es de 10 minutos, el cuestionario es anónimo, se responderá colocando una X en la opción de respuesta que se considere pertinente y le pido que sea respondido con la mayor sinceridad posible.

De antemano le agradezco por su participación en esta investigación.

VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA PARA MEDIR LA AUTOEFICACIA EN EL USO DEL CONDÓN					
DE BRAFFORD Y BECK (1991)					
Items	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	En completo desacuerdo
1.- Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja					
2.- Puedo comprar condones sin sentir vergüenza					
3.- Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara					
4.- Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja					
5.- Tengo habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva					
6.- Puedo sugerir a mi pareja utilizar el condón sin que éste se sienta enfermo/a					
7.- Tengo confianza en mi habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto					
8.- Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja					
9.- Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazaría					
10.- Si no estuviera seguro de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno					
11.- Tengo habilidad para usar un condón correctamente					
12.- Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (por ejemplo: abrazarse, besarse, acariciarse, etc.)					
13.- Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo					
14.- Puedo quitar un condón y deshacerme de él habilmente cuando tenemos relaciones sexuales					
15.- Si mi pareja y yo fuéramos a usar un condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno (por ejemplo, no pudiendo desenrollar el condón, poniéndoselo al revés o con torpeza)					
16.- No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual					
17.- No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual					
18.- Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales					
19.- Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual					
20.- Puedo usar el condón con mi pareja sin "enfriar el momento"					
21.- Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja rápidamente					
22.- Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales					
23.- Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo					
24.- Confío en que mi pareja y yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión					

Anexo 3

Consentimiento informado
Universidad de Cuenca
Maestría en Educación Sexual

Estimado/a Estudiante

Buenos días, mi nombre es Pamela Priori y soy estudiante de la Maestría en Educación sexual de la Universidad de Cuenca. Usted está invitado a participar en la fase cuantitativa del proyecto de investigación titulado “Niveles de autoeficacia relacionada al uso del preservativo de estudiantes de la Universidad de Cuenca”. Espero con este estudio determinar los niveles de auto-eficacia relacionada con el uso de preservativo que presentan los estudiantes de la Universidad de Cuenca. Usted ha sido seleccionado como posible participante en este estudio porque se encuentra en el rango de edad de 18-25 años.

La información proporcionada por usted formará parte de una base de datos para el análisis estadístico correspondiente. Dicha información será de uso exclusivo para este estudio, y para mantener la confidencialidad ninguna información relacionada a su identidad se revelará, únicamente su edad y sexo. En el cuestionario haremos preguntas sobre: uso del preservativo con la aprobación de la pareja, colocación del condón y habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. Su participación es voluntaria. El tiempo de llenado del cuestionario es de aproximadamente 10 minutos. Puede no aceptar participar y no tendrá que explicar razones y puede retirarse en cualquier momento si no se siente cómodo/a.

Si usted me da su permiso al aceptar los términos y condiciones del presente cuestionario, tengo la intención de reportar los hallazgos de la información aquí recolectada en los siguientes documentos: informes y artículos científicos.

¿Le interesaría participar? Por favor Marca con una “x” su respuesta.

Si ____

No ____